



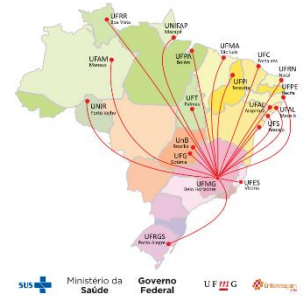
80
anos
1933-2013

ESCOLA DE ENFERMAGEM

UFMG

UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM EM OBSTETRÍCIA – REDE
CEGONHA

SAMARA PEREIRA SOUZA MARIANO

IMPLANTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS AO PARTO E NASCIMENTO E DO
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO EM UMA
MATERNIDADE NO INTERIOR DO CEARÁ

FORTALEZA – CEARÁ

2018

SAMARA PEREIRA SOUZA MARIANO

**IMPLANTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS AO PARTO E NASCIMENTO E DO
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO EM UMA
MATERNIDADE NO INTERIOR DO CEARÁ**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, da Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marli Teresinha Gimenez Galvão

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

MARIANO, SAMARA PEREIRA SOUZA MARIANO

IMPLANTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS AO PARTO E NASCIMENTO E
DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO EM UMA
MATERNIDADE NO INTERIOR DO CEARÁ [manuscrito] / SAMARA
PEREIRA SOUZA MARIANO MARIANO. - 2018.

73 f.

Orientadora: MARLI TEREZINHA GIMENIZ GALVÃO GALVÃO.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica
- Rede Cegonha - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem,
para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

1.Boas Práticas no Parto e Nascimento. 2.Acolhimento e Classificação de Risco
em Obstetrícia. I.GALVÃO, MARLI TERESINHA GIMENIZ GALVÃO.
II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

RESUMO

Introdução: No Brasil, nos últimos anos tem ocorrido amplo incentivo e divulgação sobre a assistência ao parto e nascimento no intuito de reduzir os altos índices de mortalidade materna e neonatal, pelo qual busca-se firmar compromissos para melhorar a assistência ao binômio mãe-filho em todo o ciclo gravídico-puerperal, porém, essa preocupação não tem sido observada em todo o território brasileiro. **Objetivos:** Implantar as boas práticas na Atenção ao Parto e Nascimento e um protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico em uma maternidade no interior do Ceará. **Método:** Estudo de intervenção sem grupo controle, com abordagem quanti-qualitativa. Realizado no período de fevereiro a abril de 2018 na Unidade Obstétrica de uma maternidade no interior do Ceará. A amostra foi obtida intencionalmente, sendo composta por sete enfermeiros, sendo que apenas um possuía pós-graduação em Enfermagem Obstétrica, e oito técnicos de enfermagem. A intervenção foi realizada em quatro etapas: 1. Etapa de identificação das situações iniciais, onde foi realizado o Diagnóstico Situacional do serviço e aplicação do Inquérito de Conhecimento, Atitude e Prática dos profissionais; 2. Etapa de projeção das ações, onde foi realizado o planejamento da capacitação, implantação das Boas Práticas e Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia e monitoramento; 3. Etapa de realização de atividades previstas, sendo realizada a capacitação com aplicação final do pós-teste, implantação e monitoramento das atividades; 4. Etapa de avaliação dos resultados obtidos. Os dados quantitativos foram compilados no programa *Excel* e, após, para a tabulação mencionado os dados de tendência central e dispersão, onde foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 23.0. Os dados qualitativos foram analisados de acordo com a proposta de análise de conteúdo proposta por Minayo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (CEP-UFC) e foram respeitados os preceitos éticos da Resolução 466/12. **Resultados:** O diagnóstico situacional do serviço mostrou que a Maternidade necessita de investimentos quanto a insumos e reforma. Quanto ao diagnóstico situacional prévio sobre o conhecimento dos profissionais antes da capacitação, observou-se que os técnicos de enfermagem nunca haviam participado de uma capacitação com a temática abordada neste estudo. Com relação a aplicação do Inquérito CAP, apenas no ponto atitude sobre o Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia foi considerado adequado. No pós-teste, o conhecimento foi considerado adequado. Após a reunião com gestores e profissionais, foi realizada a implantação. Na etapa de monitoramento, observou-se que algumas práticas foram melhoradas após a intervenção: Uso do Partograma; Não realização da infusão de ocitocina de rotina para acelerar o trabalho de parto; Oferta de líquidos durante o trabalho de parto; Promoção do contato pele a pele; Realização de massagens nas parturientes para alívio da dor. Quanto a percepção dos profissionais, a avaliação geral demonstrou que a implantação melhorou a assistência e que deve ser dada a continuidade. **Discussão:** A falta de interesse dos gestores e dos profissionais podem ser pontos dificultadores do processo de implantação. Alguns profissionais resistem as mudanças e este pode ser um aspecto a ser considerado nos processos de formação destes profissionais. É necessária uma melhor fiscalização das maternidades por parte do Ministério da Saúde, pois algumas práticas são defasadas e ainda são desrespeitadas. **Conclusão:** A intervenção foi avaliada de maneira positiva pelos profissionais e pelos gestores.

Palavras-chave: Parto humanizado, Acolhimento, Enfermagem Obstétrica.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Diagnóstico situacional do HMPWA.....	19
Quadro 2. Mapeamento de alguns dados de produção e eventos sentinela relevantes no período de fevereiro a março de 2018	21
Quadro 3. Monitoramento da implantação das Boas práticas no parto e nascimento.....	24
Quadro 4. Resultados das práticas que são adequadas, que melhoraram após a intervenção e que podem melhorar.	25
Quadro 5. Monitoramento da implantação do Acolhimento e classificação de risco em Obstetrícia.....	26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil pessoal e profissional da equipe de Enfermagem. Itapiúna, Ceará, Brasil. 2018. (n = 15).....	18
Tabela 2 - Conhecimento, atitude e prática sobre as Boas Práticas no Parto e Nascimento da equipe de enfermagem. Itapiúna, Ceará, Brasil. 2018. (n = 15)	21
Tabela 3 - Conhecimento, atitude e prática sobre o Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia da equipe de enfermagem. Itapiúna, Ceará, Brasil. 2018. (n = 15).....	22
Tabela 4 – Conhecimento pós-capacitação da equipe de enfermagem. Itapiúna, Ceará, Brasil. 2018. (n = 15).....	23

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivos gerais	11
2.2 Objetivos específicos.....	11
3 MÉTODO	12
3.1 Tipo de estudo	12
3.2 Período e local do estudo.....	12
3.3 Amostragem	12
3.4 Instrumentos de pesquisa.....	13
3.5 Etapas de intervenção	14
3.5.1 Identificação das situações iniciais (Diagnóstico situacional)	14
3.5.2 Projeção das ações	15
3.5.3 Realização de atividades previstas	15
3.5.4 Avaliação dos resultados obtidos	16
3.6 Análise dos dados.....	16
3.7 Aspectos éticos	17
3.8 Financiamento do estudo	17
4 RESULTADOS	18
5 DISCUSSÃO	29
6 CONCLUSÃO.....	33
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICES	36
ANEXOS	69

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, nos últimos anos tem ocorrido amplo incentivo e divulgação sobre a assistência ao parto e nascimento no intuito de reduzir os altos índices de mortalidade materna e neonatal, pelo qual busca-se firmar compromissos para melhorar a assistência ao binômio mãe-filho em todo o ciclo gravídico-puerperal, porém, essa preocupação não tem sido observada em todo o território brasileiro.

Há duas décadas a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou as recomendações na assistência ao parto normal, pontuando as principais condutas obstétricas, ou seja, as boas práticas, que deveriam ser mantidas ou não, além de informar as condutas com falta de evidências científicas para comprovar benefícios e as práticas desaprovadas. A partir de então, no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) cria o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) objetivando garantir as recomendações e direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal (WHO, 1996; BRASIL, 2000).

Concomitante, a esse feito, inicia-se a discussões sobre as questões que envolvem a “violência obstétrica”. Violência obstétrica decorre da negligência na assistência, discriminação social, violência verbal, física e psicológica. Considera-se, ainda ato de violência obstétrica, o uso inadequado de tecnologias e a adoção de procedimentos durante o ciclo gravídico-puerperal sem o consentimento explícito e informado da gestante/parturiente, ferindo os princípios dos direitos individuais da mulher. Tais atos de violência podem ser cometidos por pessoas íntimas, estranhas, profissionais ou até mesmo por instituições, o que poderá ocasionar complicações ou efeitos indesejáveis ao binômio mãe-filho (WHO, 1996; MINAYO; SOUZA, 2006; ANDRADE *et al.*, 2016).

As práticas de atenção ao parto normal mencionadas pela OMS, são classificadas em quatro categorias de acordo com sua utilidade, eficácia e risco, orientando assim, a conduta dos profissionais: 1. As demonstrativamente úteis e que devem ser estimuladas; 2. As claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas; 3. Aquelas com poucas evidências e que devem ser utilizadas com cautela; e 4. As que frequentemente são utilizadas inapropriadamente (WHO, 1996).

Considerando os avanços ocorridos na assistência ao parto e nascimento no Brasil, a redução da morbimortalidade materna e infantil permanece um desafio, uma vez que a qualidade da assistência ainda não é satisfatória. Destaca-se a evolução nas políticas públicas brasileiras de saúde da mulher, a partir de iniciativas do Ministério da Saúde. Todavia, as iniciativas parecem ser ainda ineficazes para a necessária mudança no modelo de atenção

obstétrica, o qual tem sido rotulado como extremamente intervencionista, expressado nas maiores taxas de cesárea do mundo (LEAL *et al.*, 2014).

No Brasil, apesar de avanços na adesão das boas práticas na atenção ao parto e nascimento, a obstetrícia passa por um momento de transição, pois ainda é notória a força do modelo biomédico prevalecendo no atendimento ao parto, pelo qual é marcado pela medicalização, com intervenções obstétricas desnecessárias, e que fogem das recomendações científicas (DINIZ, 2006; SOUSA *et al.*, 2016).

Em 2011, mediante a Portaria N° 1459, que instituiu a Rede Cegonha pelo MS, reforçando o PHPN, objetivou-se implantar um novo modelo de assistência ao parto, nascimento e à saúde da criança, reduzir a mortalidade materna e neonatal e garantir acesso, acolhimento e resolutividade no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

Digno ressaltar que o Ministério da Saúde não tem possibilidade de fiscalizar as maternidades brasileiras e, deste modo, muitas vezes tais instituições não cumprem o determinado, gerando manutenção das práticas do modelo tecnocrático, e que por fim, ocasiona o enfraquecimento do modelo que visa uma assistência sem qualidade para o binômio mãe-filho. Algumas instituições empenhadas na mudança do modelo de atenção obstétrica, tem encontrado dificuldades na sua implementação, pois também depende dos gestores e profissionais de saúde, caracterizando uma ação conjunta (SOUSA *et al.*, 2016).

Um fator importante verificado por pesquisadores (Marque, Dias & Azevedo, 2006) foi a necessidade dos profissionais de enfermagem mudarem a atitude e a postura diante da assistência ao parto e nascimento, reconhecendo sua importância como membro da equipe de saúde na assistência à mulher e ao neonato, usando o conhecimento técnico científico para promover a saúde e o bem-estar de seus clientes e ajudando na implementação das práticas humanizadoras dentro dos hospitais e maternidades. Diante disso, a capacitação destes profissionais é considerada uma estratégia para a mudança na prática obstétrica.

Devido às lacunas no entendimento das potencialidades e das limitações no processo de trabalho dos profissionais que atuam na atenção ao parto, existem baixa adesão às boas práticas obstétricas. A adesão é um processo dinâmico, multifatorial e comportamental que resulta de um conjunto de determinantes que dependem de fatores subjetivos. É um processo de decisão mediado por traços da personalidade, nível cognitivo intelectual, crenças e contexto social do qual o indivíduo faz parte, e que pode ocasionar resistência à prática baseada em evidências (MARGALHO *et al.*, 2009).

Dentre as linhas de cuidado prioritárias definidas em 2011 pelo MS, com intuito de

melhorar o quadro da saúde materna, destacou-se a proposta de qualificar profissionais para promover atenção obstétrica e neonatal humanizada baseada em evidências científicas (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013), para promover mudanças do modelo da assistência ao parto e nascimento. A resistência destes profissionais associada a fatores múltiplos é um imenso desafio haja vista que a adesão as boas práticas, apesar de recomendada há anos, é mínima e em alguns estudos ainda é comum o desrespeito e violência (MUNIZ; BARBOSA, 2012; AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Diante desse contexto, torna-se fundamental a capacitação dos profissionais de enfermagem para atender a utilização das boas práticas na assistência ao parto e nascimento e o Acolhimento com Classificação de Risco, tendo em vista ser uma recomendação explícita da OMS e do MS. Tais experiências tem demonstrado que a atuação ativa da equipe, produz resultados positivos e ocasionam mudanças no modelo tecnocrático (MALHEIROS *et al.*, 2012).

Deste modo, aliando-se a formação acadêmica de enfermagem e a minha vivência como profissional de uma maternidade do interior do Ceará, tenho observado e convivido com as dificuldades para organizar a logística do atendimento obstétrico e para implantar as boas práticas na atenção ao parto e nascimento. Ainda, noto que o fluxo logístico do acolhimento destinado às mulheres no ciclo gravídico-puerperal é desconhecido por alguns profissionais cujas práticas tornam-se pouco adequadas, culminando com a efetivação da violência obstétrica, resultando em um atendimento não preconizado. De tal, modo outras ações que favorecem um atendimento mais humanizado poderiam ser melhor acolhidas, como a classificação de risco.

No intuito, de almejar contribuir com a necessidade de se ampliar uma atenção humanizada em um serviço de saúde do interior cearense para que sejam atendidas o estabelecido pela OMS e pelo MS, teve-se como propósito desenvolver o presente estudo, objetivando uma prévia avaliação e posterior capacitação de profissionais.

A presente proposta, mostra-se importante, pois é estratégia do MS que nos municípios os fluxos de atendimento sejam avaliados para melhorar a rede de atenção obstétrica, a logística, o acolhimento, a resolutividade, e a garantia de um parto sem violência obstétrica, gerando assim, uma assistência humanizada com a utilização de práticas baseadas em evidências.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Implantar as boas práticas na Atenção ao Parto e Nascimento e um protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico em uma maternidade no interior do Ceará.

2.2 Objetivos específicos

- Realizar diagnóstico situacional mediante a avaliação do conhecimento, atitude e prática dos profissionais sobre as boas práticas na Atenção ao Parto e Nascimento e Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico;
- Realizar capacitação sobre as boas práticas na Atenção ao Parto e Nascimento e Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico;
- Avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem após a capacitação sobre as boas práticas na Atenção ao Parto e Nascimento e Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico;
- Descrever o processo de implantação das boas práticas na Atenção ao Parto e Nascimento e do protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico;
- Identificar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o processo de implantação das boas práticas na Atenção ao Parto e Nascimento e do protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo de intervenção sem grupo controle, com abordagem quanti-qualitativa. Por tratar-se de uma intervenção, esta pesquisa se caracteriza por uma pesquisa-ação, esta está pautada na interrelação entre teoria e prática no processo de construção do conhecimento coletivo (MIRANDA; RESENDE, 2006).

A intervenção desta pesquisa foi a implantação das boas práticas na Atenção ao Parto e Nascimento e um protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico, tendo em vista a humanização da assistência às mulheres no período gravídico-puerperal, com base nas recomendações do Ministério da Saúde implantadas pela Rede Cegonha.

3.2 Período e local do estudo

O estudo foi realizado no período de fevereiro a abril de 2018 na Unidade Obstétrica do Hospital Maternidade Professor Waldemar de Alcântara (HMPWA), hospital este classificado como pequeno porte, destinado a atender um quantitativo populacional de 20.000 habitantes, o qual perfaz uma média mensal de 05 partos/mês. Está situado no município de Itapiúna, Ceará, localizado no Maciço de Baturité, distanciando 102,9 Km da capital do Estado do Ceará.

A unidade obstétrica possui uma enfermaria pré-parto com dois leitos e um banheiro, uma unidade de Alojamento Conjunto (AC) com oito leitos e um banheiro, uma sala de parto contendo um berço aquecido e uma incubadora.

3.3 População/Amostragem

A amostra foi obtida intencionalmente pelo qual foi composta pela própria população, sendo a equipe de enfermagem do HMPWA que atuam na unidade obstétrica. A equipe é composta por 25 profissionais, dos quais: 15 técnicos de enfermagem que atuam, em média, há mais de 15 anos na unidade, e por 10 enfermeiros, sendo que, apenas três possuem pós-graduação *lato sensu* em enfermagem obstétrica. Participaram da pesquisa 15 profissionais, sendo sete enfermeiros, dos quais um era enfermeiro obstetra, e oito técnicos de enfermagem.

Foram incluídos na pesquisa os profissionais que compõem a equipe de enfermagem da unidade obstétrica do HMPWA e que estavam exercendo suas atividades na unidade no período do estudo. A participação voluntária foi estabelecida, sendo, portanto, excluídos os profissionais que se recusassem a participar do estudo.

3.4 Instrumentos de pesquisa

Para realização do diagnóstico situacional, que aconteceu em fevereiro de 2018, foi realizada uma avaliação do conhecimento dos profissionais e uma avaliação dos gestores, sobre o serviço ofertado em Obstetrícia no hospital.

Para a avaliação do conhecimento dos profissionais, foi utilizado um instrumento estruturado do tipo inquérito contendo questionamentos objetivos e subjetivos, para avaliação do conhecimento, atitude e prática (CAP) (APÊNDICE A), contendo dois tópicos: 1. Dados sociodemográficos, formação e atuação profissional; 2. Questionamentos para avaliação utilizando o inquérito CAP, sobre as boas práticas na Atenção ao Parto e Nascimento e sobre o Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico.

A realização do diagnóstico situacional do serviço pelos gestores, ocorreu em agosto de 2017 como atividade extra sala do curso, foi utilizado um instrumento construído pela coordenação do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica da Rede Cegonha, Ministério da Saúde (APÊNDICE B).

Para a construção dos questionamentos relacionados as boas práticas na Atenção ao Parto e Nascimento, foram consideradas as recomendações da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2016a), e para a construção dos questionamentos sobre o Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico, foram consideradas as recomendações do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia (BRASIL, 2014).

Em se tratando da avaliação dos questionamentos do inquérito CAP, utilizou-se o modelo proposto por Santos, Cabral e Augusto (2012) e Costa (2012), e as recomendações de Portugal (2012), o qual seguiu: O conhecimento foi considerado adequado quando os mesmos obtiveram pontuação acima de 7,0 pontos referentes as questões 11 e 12, e inadequado quando a pontuação for menor que 7,0; Foi considerado atitude adequada quando os profissionais consideraram possíveis e necessárias as práticas mencionadas e inadequada quando assinalaram pelo menos uma questão como não sendo necessária ou provável, referentes às questões 14 a 21; e, foi considerada prática adequada quando os profissionais realizaram todas as práticas incluídas no questionamento e inadequada quando não realizou uma ou mais, referentes às questões de 22 a 26 e 28 a 30.

No final da capacitação foi realizada a avaliação do conhecimento utilizando-se do um questionário estruturado (APÊNDICE B), construído com questões objetivas, com cinco itens (A a E), sendo 10 questões sobre as boas práticas na Atenção ao Parto e Nascimento e sobre o Acolhimento e 10 questões sobre o Acolhimento Classificação de Risco Obstétrico. Para

avaliação de cada temática individualmente considerou-se que cada item valeria 1,0 ponto. Para a avaliação do conhecimento geral, ou seja, das duas temáticas o valor considerado para cada item foi de 0,5 pontos, estabelecido pelas recomendações do manual CAP (BRASIL, 2016; BRASIL, 2014). Para pontuação, foi considerado: Conhecimento adequado: ≥ 7 pontos e Conhecimento inadequado: $< 7,0$.

Para monitoramento da implantação das boas práticas na Atenção ao Parto e Nascimento durante o período de fevereiro a abril de 2018, foi utilizado um *check-list* de verificação (APÊNDICE C), baseado nas práticas obstétricas durante o trabalho de parto e parto, de acordo com o preconizado por Sousa *et al.* (2016) e pelas recomendações da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2016).

Para a implantação do protocolo do Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico, foi utilizada a ficha de atendimento (ANEXO A) e para o monitoramento, foi construído um *check-list* de verificação (APÊNDICE D), com os indicadores de avaliação recomendados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

Para a avaliação final do processo de implantação que foi realizada na reunião final no mês de abril de 2018, foi utilizado um questionário estruturado com questões abertas e fechadas (APÊNDICE E) baseado no questionário utilizado por Vieira *et al.* (2016) no que concerne a implantação de um protocolo, para este estudo, objetivando identificar a percepção dos profissionais de enfermagem.

É importante ressaltar que durante a entrevista, o pesquisador se manteve por perto para o esclarecimento de eventuais dúvidas, e que o profissional respondeu e devolveu o questionário ao pesquisador na própria unidade.

3.5 Etapas da intervenção

A intervenção foi realizada em quatro etapas, conforme a classificação previamente utilizada (Dionne, 2007): 1. Etapa de identificação das situações iniciais, 2. Etapa de projeção das ações, 3. Etapa de realização de atividades previstas, 4. Etapa de avaliação dos resultados obtidos.

3.5.1 Identificação das situações iniciais (Diagnóstico situacional)

O diagnóstico situacional do serviço juntamente com os gestores (secretário de saúde e diretor administrativo do hospital) aconteceu em agosto de 2017. Após, foi realizada a primeira reunião com os profissionais para a realização do diagnóstico situacional do conhecimento dos profissionais sobre as boas práticas na Atenção ao Parto e Nascimento e Acolhimento com Classificação de Risco Obstétrico, onde foi realizado com um instrumento

estruturado do tipo inquérito CAP. Esta etapa ocorreu no período mais conveniente para os profissionais no mês de fevereiro de 2018 e partiu do pressuposto que os profissionais de enfermagem, por condições pessoais, vulnerabilidade social e falta de acesso as tecnologias de informação e comunicação, possuem lacunas do conhecimento sobre a temática abordada nesta pesquisa, o que impossibilita a não realização de uma prática assistencial baseada nas evidências científicas e a solidificação de práticas que não são mais utilizadas.

3.5.2 Projetação das ações

Após a realização do diagnóstico situacional, obtido através da avaliação do pré-teste, onde foi identificado os pontos de maiores dificuldades dos participantes, foi elaborado um plano de ação, no mês de fevereiro de 2018, onde foi incluído o processo de capacitação, implantação e monitoramento.

3.5.3 Realização de atividades previstas

Inicialmente, ocorreu a capacitação dos profissionais de enfermagem em fevereiro de 2018, que atuavam no centro obstétrico, o qual ocorreu em dois momentos em dois dias seguidos com duração de 8 horas, cada dia: No primeiro, foi realizada uma palestra sobre as boas práticas na Atenção ao Parto e Nascimento, desenvolvida na própria instituição. No segundo, foi outra palestra sobre Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico. Ao final da capacitação, no segundo dia, foi realizado um pós-teste mediante um questionário semiestruturado, objetivando avaliar o conhecimento adquirido pelos participantes sobre a temática abordada.

Após a realização da capacitação, deu-se início a implantação das boas práticas na Atenção ao Parto e Nascimento e do Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico.

Para a implantação do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco Obstétrico, foram entregues as fichas e um livro de ocorrência para anotações, onde o enfermeiro plantonista ficou responsável, de acordo com as recomendações da Rede Cegonha (BRASIL, 2014), para disponibilidade do hospital. A cada gestante, parturiente ou puérpera que chegasse na unidade, deveria ser realizada o acolhimento e a classificação de risco antes do atendimento médico. O livro de ocorrência do Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico teve os seguintes pontos: Sequência do atendimento, horário da classificação pelo enfermeiro (a), horário do atendimento médico, nome da paciente, idade, paridade, idade gestacional, sinais vitais, endereço, queixas, classificação e destino.

Na implantação das boas práticas, o qual dependeu unicamente de cada profissional que participou da capacitação, foram observadas as mudanças que poderiam ocorrer ou não, na

Atenção ao Parto e Nascimento. Foram entregues ao setor obstétrico do hospital, dois livros de ocorrências no centro obstétrico, um referente a atenção a mãe e o outro para o recém-nascido.

O livro de ocorrência referente a mãe parturiente teve os seguintes pontos: data do atendimento, nome, idade, paridade, idade gestacional, n° de consultas pré-natal, mês que iniciou o pré-natal, tipo de gravidez, dilatação na admissão, método não farmacológico para alívio da dor, dieta líquida (sim ou não), uso de ocitocina, amniotomia, apresentação, uso do partograma, laceração, episiotomia, manobra de klisteller, tipo de parto, hora do parto, posição do parto, complicações e/ou distócias, presença de acompanhante e profissionais que realizaram o parto.

O livro de ocorrência referente ao recém-nascido teve os seguintes pontos: Recém-nascido de (...), paridade, idade da mãe, data de nascimento, horário de nascimento, tipo de parto, sexo, peso, estatura, perímetro cefálico e torácico, Apgar 1° e 5°, nascido vivo ou morto, má formação congênita, contato pele a pele, clampeamento cordão 1 a 3 minutos, amamentação na 1ª hora, alojamento conjunto e profissionais que realizaram o parto.

No período de fevereiro a abril de 2018, foi realizado duas visitas mensais na maternidade, para monitorar o processo de implantação, observando se os profissionais estavam preenchendo as fichas e os livros de ocorrência, o qual foi utilizado um *check list* de verificação, sendo que para as anotações das observações utilizei um diário de campo. Foi realizada reunião com os gestores e com os profissionais que se dispuseram, após cada visita, para discutir o processo de implantação.

3.5.4 Avaliação dos resultados obtidos

No mês de abril de 2018, foi realizada avaliação da implantação das boas práticas na Atenção ao Parto e Nascimento e do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco Obstétrico, culminado com a realização de uma reunião final com os participantes da pesquisa e com a avaliação dos profissionais sobre o processo de implantação o qual foi utilizado o questionário do apêndice F.

3.6 Análise de dados

Os dados quantitativos foram compilados no programa *Excel* e, após, para a tabulação mencionado os dados de tendência central e dispersão, onde foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 23.0.

Os dados qualitativos foram analisados de acordo com a proposta de análise de conteúdo proposta por Minayo (2007). A análise de conteúdo, segundo o autor mencionado, consiste em três etapas: Pré-análise, onde foi realizada leitura das entrevistas e constituição do corpus;

Exploração do material pelo qual consistiu na organização do material em categorias; E por último, o tratamento dos dados e interpretação.

3.7 Aspectos éticos

O estudo inicialmente, foi avaliado e autorizado pela Direção do Serviço (ANEXO B), somente depois haverá os demais encaminhamentos na plataforma Brasil. Para todos os participantes foi claramente declarado todos os passos da pesquisa e só foram incluído aqueles que formalizarem sua autorização no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE F). Os participantes tiveram a liberdade de se recusar a participar, de solicitar novos esclarecimentos e de retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (CEP-UFC) sob número de parecer n° 2.481.633 (ANEXO C). Importante ressaltar que foram considerados o disposto da Resolução CNS n° 466, de 12, de dezembro de 2012, no que trata sobre pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012).

3.8 Financiamento do estudo

O financiamento para a realização do estudo foi de competência da autora, sendo de sua inteira responsabilidade a provisão de recursos e execução.

4 RESULTADOS

Dos 15 profissionais de enfermagem que participaram da pesquisa, sete eram enfermeiros e oito técnicos de enfermagem. Destes, 80% (12) eram do sexo feminino e apenas 6,6% (1) tinha especialidade em enfermagem obstétrica. Conforme Tabela 1, apresentam-se os dados pessoais e profissionais.

Tabela 1 - Perfil pessoal e profissional da equipe de Enfermagem. Itapiúna, Ceará, Brasil. 2018.

(n = 15).

VARIÁVEL	MÉDIA	DP ¹	MEDIANA	P25 ²	P75 ³	MIN. ⁴	MAX. ⁵
<i>Idade</i>	38,93	11,68	36,00	29,00	43,00	25,00	62,00
<i>Tempo de formação</i>	12,47	7,87	10,00	8,00	16,00	4,00	35,00
<i>Escolaridade (em anos estudados)</i>	10,73	1,67	11,00	10,00	11,00	7,00	14,00
<i>Tempo de atuação em maternidade</i>	8,27	9,41	5,00	3,00	10,00	1,00	35,00
VARIÁVEL	N		%	IC95% ⁶			
<i>Idade (anos)</i>							
25 a 30	4		26,6			7,8% - 55,1%	
31 a 40	5		33,3			11,8% - 61,6%	
41 a 50	3		20,0			4,3% - 48,1%	
51 a 60	2		13,3			1,7% - 40,5%	
>60	1		6,6			0,2% - 31,9%	
<i>Sexo</i>							
Feminino	12		80,0			51,9% - 95,7%	
Masculino	3		20,0			4,3% - 48,1%	
<i>Tempo de formação (anos)</i>							
<10	8		53,3			26,6% - 78,7%	
>10	7		46,6			21,3% - 73,4%	
<i>Escolaridade</i>							
Ensino médio	5		33,3			11,8% - 61,6%	
Graduação	9		60,0			32,3% - 83,7%	
Especialização	5		33,3			11,8% - 61,6%	
Mestrado	-		-			-	
Doutorado	-		-			-	

Especialização em Obstetrícia (n=7)

<i>Concluída</i>	1	14,2	0,2% - 31,9%
<i>Em andamento</i>	-	-	-
<i>Não realizou</i>	6	85,8	16,3% - 67,7%

Tempo de atuação em maternidade

<i>(anos)</i>	10	66,6	38,4% - 88,2%
<i><10</i>	5	33,3	11,8% - 61,6%
<i>>10</i>			

Capacitação na assistência ao Parto e Nascimento

<i>Sim</i>	5	33,3	11,8% - 61,6%
<i>Não</i>	10	66,6	38,4% - 88,2%

¹Desvio Padrão; ²Percentil 25; ³Percentil 75; ⁴Mínimo; ⁵Máximo; ⁶Intervalo de Confiança 95%.

Com relação ao tempo de atuação em maternidade, 66,6% (10) dos profissionais tinham atuação menor que 10 anos. Com relação a ter participado de alguma capacitação na assistência ao parto e nascimento, apenas 33,3% (5) haviam participado, todos eles enfermeiros.

4.1 Diagnóstico situacional

Na avaliação do diagnóstico situacional do serviço pelos gestores, os pontos a serem melhorados tiveram concordância com os objetivos desse estudo, assim foram considerados aspectos a melhorar as disposições no quadro a seguir.

Quadro 1. Diagnóstico situacional do HMPWA.

DIRETRIZ	PLANO DE AÇÃO
Cogestão	Realizar pesquisas de satisfação de usuários; Utiliza as informações da Ouvidoria como subsídio para o planejamento; Ativar as agendas de reuniões;
Acolhimento e organização do processo local de trabalho	Implantar o acolhimento e classificação de risco, objetivo deste estudo;

	<p>Estabelecer o Prontuário integrado;</p> <p>Estabelecer o direito da mulher de escolher quem acompanhará durante toda a internação (Lei 11.108/2005), assim como reestruturar fisicamente os leitos para que as mesmas tenham privacidade;</p> <p>Ativar os Comitês de Aleitamento Materno e de Mortalidade Materna e Infantil.</p>
Garantia do cuidado em rede	Estabelecer a agenda de visitas das gestantes para conhecer a maternidade de referência;
Atuação da (o) enfermeira (o) obstétrica (o) na assistência às mulheres, recém-nascidos e família	Estimular os Enfermeiros plantonistas do hospital a realizarem a pós-graduação em enfermagem obstétrica, para que os mesmos possuam autonomia no parto e nascimento.
Boas Práticas no cuidado à mulher e à criança	Implantar as boas práticas ao parto e nascimento, objetivo deste estudo;
Ambiência	<p>Realizar reforma do Centro Obstétrico para proporcionar conforto às pacientes;</p> <p>Adquirir macas;</p> <p>Adquirir berços;</p> <p>Adquirir demais insumos necessários;</p>
Educação permanente em serviço	Estabelecer agendas de capacitação da equipe na temática das boas práticas ao parto e nascimento;
Relações do serviço com as instâncias gestoras locais e participação em fóruns intersetoriais	Estabelecer parcerias intersetoriais.

No quadro 2 é colocado o mapeamento da situação dos partos no período da coleta. Ressalta-se que, devido ao Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAPS), o HMPWA não está se responsabilizando em realizar os partos cesarianos e vaginais. Quando a parturiente chega a unidade, rapidamente é transferida para o hospital de referência localizado em Baturité, Ceará. Assim, os partos que ocorrem neste hospital são no período expulsivo, ou seja, quando é avaliado o risco/benefício de encaminhar a gestante que já se encontra com dilatação maior ou igual a 8cm, ou que esteja no período já mencionado anteriormente. Isso justifica a quantidade de partos realizados na unidade.

Quadro 2. Mapeamento de alguns dados de produção e eventos sentinela relevantes no período de fevereiro a março de 2018.

Nº. de partos realizados por mês	1
Nº. e % de partos normais/mês	1
Nº. e % de cesáreas	-
Nº. e % de cesáreas em primíparas por faixa etária	-
Nº e % de cesáreas por principais indicações	-
Nº e % de parto normal em mulheres com cesárea anterior	-
Nº de mortes maternas/ano	-
Nº de mortes neonatais/ano	-

A avaliação do conhecimento, atitude e prática da equipe de enfermagem sobre as “Boas práticas no parto e nascimento” estão descritas na tabela 2. Sobre a autoavaliação pelos profissionais sobre a temática 26,6% (4) consideraram ruim, 60,0% (9) regular e 13,3% (2) bom.

Tabela 2 - Conhecimento, atitude e prática sobre as Boas Práticas no Parto e Nascimento da equipe de enfermagem. Itapiúna, Ceará, Brasil. 2018. ($n = 15$).

VARIÁVEL	MÉDIA	DP ¹	MEDIANA	P25 ²	P75 ³	MIN. ⁴	MAX. ⁵
<i>Conhecimento</i>	6,47	1,19	6,00	6,00	7,00	4,00	9,00
Classificação da nota	Conhecimento		Atitude		Prática		
	n	%	n	%	n	%	
Adequada	2	13,3%	-	-	-	-	
Inadequada	13	86,6%	15	100,0%	15	100,0%	

¹Desvio Padrão; ²Percentil 25; ³Percentil 75; ⁴Mínimo; ⁵Máximo.

Considerando a média geral (6,47), variando de 4,0 a 9,0 pontos, o conhecimento da equipe foi considerado inadequado com relação a este tema. Da mesma forma, 100%(15) possuem atitudes e práticas inadequadas.

A avaliação do conhecimento, atitude e prática da equipe de enfermagem sobre o “Acolhimento e classificação de risco em Obstetrícia” estão descritas na tabela 3. Sobre a autoavaliação pelos profissionais sobre quanto a temática, 33,3% (5) consideraram ruim, 53,3% (8) regular e 13,3% (2) bom.

Tabela 3 - Conhecimento, atitude e prática sobre o Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia da equipe de enfermagem. Itapiúna, Ceará, Brasil. 2018. ($n = 15$).

VARIÁVEL	MÉDIA	DP ¹	MEDIANA	P25 ²	P75 ³	MIN. ⁴	MAX. ⁵
<i>Conhecimento</i>	6,40	1,76	6,00	5,00	8,00	4,00	9,00
Classificação da nota	Conhecimento		Atitude		Prática		
	n	%	n	%	n	%	
Adequada	5	33,3%	13	86,6%	2	13,3%	
Inadequada	10	66,6%	2	13,3%	13	86,6%	

¹Desvio Padrão; ²Percentil 25; ³Percentil 75; ⁴Mínimo; ⁵Máximo.

Considerando a média geral (6,40), menor em 0,07 com relação ao conhecimento sobre “Acolhimento e classificação de risco em Obstetrícia”, variando de 4,0 a 9,0 pontos, o conhecimento e a prática da equipe foi considerada inadequadas. Obteve-se atitude adequada 86,6%(13).

4.2 Avaliação do conhecimento após a capacitação

Após a capacitação, realizou-se o pós-teste, com os resultados apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Conhecimento pós-capacitação da equipe de enfermagem. Itapiúna, Ceará, Brasil. 2018. ($n = 15$).

VARIÁVEL	MÉDIA	DP ¹	MEDIANA	P25 ²	P75 ³	MIN. ⁴	MAX. ⁵
<i>Conhecimento sobre as Boas Práticas no Parto e Nascimento</i>	7,80	1,26	8,00	7,00	9,00	6,00	10,00
<i>Conhecimento sobre o Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia</i>	8,07	1,10	8,00	7,00	9,00	6,00	9,00
<i>Conhecimento geral nas duas temáticas</i>	7,83	0,79	7,50	7,00	8,50	7,0	9,00
			n				%
<i>Conhecimento sobre as Boas Práticas no Parto e Nascimento</i>							
<i>Adequado</i>			13				86,6%
<i>Inadequado</i>			2				13,3%
<i>Conhecimento sobre o Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia</i>							

<i>Adequado</i>	14	93,3%
<i>Inadequado</i>	1	6,6%
<i>Conhecimento geral nas duas temáticas</i>		
<i>Adequado</i>	10	66,6%
<i>Inadequado</i>	5	33,3%

¹Desvio Padrão; ²Percentil 25; ³Percentil 75; ⁴Mínimo; ⁵Máximo.

Com relação ao conhecimento sobre as “Boas práticas no parto e nascimento”, houve aumento de 13,3% (1,33) pontos entre o pré-teste (diagnóstico situacional) e o pós-teste. Com relação ao conhecimento sobre o “Acolhimento e classificação de risco em Obstetrícia”, houve aumento de 16,7% (1,67) pontos entre o pré-teste (diagnóstico situacional) e o pós-teste. O conhecimento foi considerado adequado em ambos os temas de acordo com as médias.

4.3 Monitoramento

Os resultados relacionados ao monitoramento das “Boas práticas no parto e nascimento” estão descritos no Quadro 3. Destaco que no período do monitoramento, ocorreu apenas dois partos vaginais na unidade, sendo um parto em cada mês.

Quadro 3. Monitoramento da implantação das Boas práticas no parto e nascimento.

AVALIAÇÃO	MÊS 1	MÊS 2
1. Ofereceu métodos não farmacológicos para alívio da dor? Se sim, quais?	Sim	Sim
1.1 Banho	Sim	Sim
1.2 Massagens	-	Sim
1.3 Bola suíça	NA*	NA*
1.4 Aromaterapia	NA*	NA*
1.5 Acunputura	NA*	NA*
1.6 Cavalinho	NA*	NA*
2. Realizou episiotomia de rotina?	Não	Não
3. Realizou manobra de Klisteller?	Não	Não
4. Ofereceu dieta oral durante o trabalho de parto?	Não	Sim
5. Realizou clampeamento do cordão entre o 1º e 5º minuto?	1º minuto	1º minuto
6. Promoveu contato pele a pele imediatamente após o parto?	Não	Sim
7. Promoveu aleitamento materno na primeira hora após o parto?	Sim	Sim
8. Realizou infusão de ocitocina de rotina?	Sim	Não
9. Realizou amniotomia de rotina?	Não	Não

10. Realizou analgesia farmacológica de alívio da dor de rotina?	Não	Não
11. Permitiu a presença do acompanhante de escolha durante o trabalho de parto?	Não	Não
12. Permitiu a presença do acompanhante durante o parto?	Não	Não
13. A parturiente ficou com o acompanhante de sua escolha?	Não	Não
14. Foi realizada massagens no período do segundo estágio do trabalho de parto?	Sim	Sim
15. A mulher escolheu a posição que irá parir?	Não	Não
16. A mulher foi estimulada a se movimentar durante o trabalho de parto?	Sim	Sim
17. A tricotomia foi realizada de rotina?	Não	Não
18. Foi utilizado o Partograma?	Não	Sim
19. Foi realizada ausculta dos batimentos fetais de 5 em 5 minutos durante o período expulsivo?	Não	Não
20. Foi utilizada a banqueteta?	Não	Não
21. Realizou o preenchimento do livro de ocorrências dos indicadores da Rede Cegonha sobre os dados referentes à mãe?	Sim	Sim
22. Realizou o preenchimento do livro de ocorrências dos indicadores da Rede Cegonha sobre os dados referentes ao recém-nascido?	Sim	Sim

*NA - Não se aplica.

Ao final do monitoramento do 1º mês, foi realizada reunião com a equipe para discussão das práticas que poderiam ser melhoradas, obtendo os resultados dispostos no Quadro 4. Ao final do segundo mês, houve novamente outra reunião o qual foi dado reforço positivo para as práticas que melhoraram, e colocadas as práticas que ainda podiam melhorar.

Quadro 4. Resultados das práticas que são adequadas, que melhoraram após a intervenção e que podem melhorar.

Práticas adequadas	Práticas que melhoraram após a intervenção	Práticas que podem melhorar
<p>Não realização de condutas rotineiras que não são mais recomendadas (Episiotomia, amnitomia, Kristeller, tricotomia);</p> <p>Promoção do Aleitamento Materno na 1º hora de vida;</p> <p>Estimulação das parturientes a movimentar-se como indução no trabalho de parto.</p>	<p>Uso do Partograma;</p> <p>Não realização da infusão de ocitocina de rotina para acelerar o trabalho de parto;</p> <p>Oferta de líquidos durante o trabalho de parto;</p> <p>Promoção do contato pele a pele;</p> <p>Realização de massagens nas parturientes para alívio da dor.</p>	<p>Realizar ausculta de 5 em 5 minutos no período expulsivo;</p> <p>Autonomia da parturiente na escolha da posição de parir;</p> <p>Garantir o direito ao acompanhante, além de, a paciente ter autonomia de escolhê-lo;</p> <p>Utilizar os métodos não-farmacológicos disponíveis para indução do trabalho de parto.</p>

Os resultados relacionados ao monitoramento do “Acolhimento e classificação de risco em Obstetrícia” estão descritos no Quadro 5.

Quadro 5. Monitoramento da implantação do Acolhimento e classificação de risco em Obstetrícia.

AVALIAÇÃO	MÊS 1	MÊS 2
1. Realizou o Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico?	Sim	Sim
2. Preencheu corretamente os dados da gestante e/ou parturiente?	Sim	Sim
3. Foi respeitado o tempo de atendimento para cada classificação?	Sim	Sim
4. Cada profissional sabia qual era a sua atribuição na classificação de risco obstétrico?	Não	Não
5. A equipe encontrou dificuldades para implantar o Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico?	Sim	Sim
6. O tempo de espera para a prioridade clínica VERMELHA está sendo zero?	Sim	-
7. O tempo de espera para a prioridade clínica LARANJA está sendo de até 15 minutos?	Sim	Sim
8. O tempo de espera para a prioridade clínica AMARELA está sendo de até 30 minutos?	Sim	Sim
9. O tempo de espera para a prioridade clínica VERDE está sendo de até 120 minutos?	Sim	Sim
10. O tempo de espera para a prioridade clínica AZUL está sendo de até 240 minutos?	Sim	Sim
11. Os casos de prioridade AZUL estão sendo encaminhados para a Atenção Básica?	Não	Sim
12. O tempo médio de espera do cadastro ao início da classificação de risco é menor que 10 minutos?	Não	Não
13. O tempo médio da classificação de risco é menor que 5 minutos?	Não	Não

Após o 1º mês, foram discutidos os pontos que poderiam ser melhorados. Os profissionais sentiram dificuldades de encaminhar os casos classificados em Azul para a Unidade Básica de Saúde (UBS) por conta de questões político-administrativas. Ao final do 2º mês, observou-se que os profissionais ainda sentem dificuldades quanto as suas atribuições,

principalmente relacionados a recepção, no preenchimento dos dados, e quanto a função dos técnicos de enfermagem, com relação a verificação dos sinais vitais.

4.4 Percepção dos profissionais

Os depoimentos dos profissionais possibilitaram a construção de três categorias: *Utilizando as boas práticas no parto e nascimento*, *Utilizando o Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia* e *Continuidade da Intervenção*. Nas duas primeiras categorias foram colocados os aspectos positivos e negativos do processo de implantação.

Todos os profissionais avaliaram o processo de implantação positivamente. No que tange a categoria *Utilizando as boas práticas no parto e nascimento*, os pontos positivos apresentados foram: organização da assistência baseada em evidências, diminuição da violência obstétrica e melhoria da assistência de enfermagem. Os pontos negativos não foram colocados pertinentes a intervenção, mas pela logística e tempo de atuação dos profissionais. Evidencia-se as percepções nas seguintes falas:

“A utilização dos livros de ocorrência possibilitou uma melhor organização do que foi realizado na paciente, pelo qual podemos perceber se foi feito violência obstétrica ou não. Muito bom, até porque serve também como um lembrete do que pode está sendo realizado” (P5).

“Nossa assistência é muito defasada. A maioria dos profissionais antigos se acham donos do hospital e praticam violência obstétrica sem perceber, ou sem saber que estão fazendo. A intervenção serviu para nos atualizar sobre as evidências e assim melhorarmos a assistência prestada, mesmo que não tenhamos um ambiente adequado, podemos fazer nossa parte” (P11).

Com relação a categoria *Utilizando o Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia*, os pontos positivos mencionados foram: respaldo profissional, atendimento rápido baseado em protocolo o que melhora a comunicação entre os profissionais, diminuição dos atendimentos por preferência profissional e identificação mais clara e objetiva dos casos prioritários. Quanto aos pontos negativos, foi colocada a dificuldade de encaminhar a paciente para a Atenção Primária e as atribuições de cada profissional. Esses achados são colocados nas seguintes falas:

“A utilização do Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia nos respalda. Não sabia que o enfermeiro que não é Obstetra poderia atuar e classificar as mulheres. Muito importante” (P3).

“É muito interessante utilizar a classificação. Diminui um pouco o fato de alguns profissionais quererem colocar as pacientes que não são prioridades na frente, por ser uma pessoa conhecida. Amei mesmo. Principalmente aqui no interior, que o negócio é feito por politicagem. Uma coisa que não gostei foi ter que ficar dizendo o que era atribuição do recepcionista, tipo, as partes da ficha que ele tinha que preencher” (P14).

“Eu achei que o atendimento foi mais rápido com a utilização da classificação, pois vi que o médico se preocupava logo em atender para não ultrapassar o limite de espera. Até porque eu anoto tudo: A hora que a paciente passou pela classificação e pelo atendimento e melhorou a comunicação entre os profissionais” (P7).

“(...) É muito complicado encaminhar a mulher pro posto depois que ela já se encontra no hospital, em alguns casos. Elas acham que não queremos atendê-las” (P11).

Considerando a última categoria, *Continuidade da Intervenção*, foram posicionados os seguintes pontos positivos: deve-se continuar realizando pois melhora a assistência e organiza do Centro Obstétrico. Foram colocados como pontos negativos: poucos profissionais qualificados em Obstetrícia, inclusive os médicos, e falta de interesse de alguns profissionais, por acharem que é mais uma tarefa para fazer. Os pontos podem ser percebidos nas falas seguintes:

“É muito importante que continuemos fazendo a implantação. Gostei muito. Melhora a assistência de enfermagem e a de todo mundo do hospital. É necessário um olhar mais acolhedor pra essas mulheres” (P8).

“Acho importante continuar, só que é mais uma tarefa pra fazermos. Já temos o hospital inteiro pra dar conta e agora mais isso (Se referindo ao Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia)” (P4).

5 DISCUSSÃO

Observou-se maior resistência da categoria dos técnicos de enfermagem em participar da pesquisa. Isso deveu-se ao fato que os mesmos não possuem interesse em mudar a prática assistencial por considerarem por já estar há muitos anos na assistência não há o que aprender.

Dos enfermeiros com especialidade em Obstetrícia, na unidade há três, mas apenas um aceitou participar do estudo. Os demais consideraram que por já ser da área já tinham conhecimento sobre a temática que iria ser abordada. A maior parte dos profissionais atuavam em maternidades a menos de 10 anos, o que pode configurar um ponto positivo para estarem dispostos as mudanças e ao fato de quererem ter participado da capacitação. Sabemos que na Enfermagem, os profissionais mais antigos, possuem resistência para as mudanças em busca da melhoria da assistência em saúde.

Uma das situações mais estimulantes na implantação de qualquer protocolo em uma instituição é o fato dos profissionais possuírem resistência para o “novo” por acharem que já sabem fazer. Isso é algo a ser trabalhado durante o processo de formação destes profissionais, especificamente a enfermagem, além de buscar estratégias que possa reinserir os profissionais que já estão há muito tempo na prática, o que os coloca numa posição importante para o serviço, como por exemplo, recompensá-los com folga ao participarem de uma capacitação.

No diagnóstico situacional do serviço, percebe-se que a maiorias das ações dependem dos gestores locais. É necessária maior sensibilização dos mesmos para a consolidação das boas práticas ao parto e nascimento. Concomitante, torna-se importante a adesão, pois no quesito financeiro, o hospital tem pontos positivos.

Com a adesão à Rede Cegonha, os gestores das instituições de saúde têm como função conduzir a assistência de acordo com as diretrizes desta estratégia. Mediante o desenvolvimento de ações de planejamento, organização, direção e controle, devem gerenciar recursos humanos, tecnológicos, financeiros, físicos e de informação para o alcance das metas estipuladas no contrato de gestão com as instâncias do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

Observou-se divergências quanto a prática das diretrizes da Rede Cegonha na Unidade. Neste quesito, ressalta-se que tal situação seja avaliada por profissionais em ações de fiscalização das Maternidades.

No diagnóstico situacional da equipe de enfermagem, percebeu-se maior conhecimento na temática “Boas práticas no parto e nascimento”, porém, com relação a atitude e prática, estes profissionais demonstraram que precisam melhorar. No que concerne ao tema “Acolhimento e classificação de risco em obstetrícia”, no pré-teste, os profissionais obtiveram conhecimento e prática inadequadas e atitude adequada. No pós-teste, a equipe de enfermagem obteve maior desempenho na temática sobre o “Acolhimento e classificação de risco em obstetrícia”. Assim, a capacitação foi considerada um fator positivo na obtenção de conhecimentos dos profissionais.

Na democracia, a busca pela cidadania e a garantia dos direitos das usuárias mobilizaram a criação de novas instâncias participativas na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Citam como exemplos: a gestão participativa; câmaras setoriais; comitês técnicos; grupos de trabalhos; e colegiado gestor, dentre outros. Esses cenários promovem a participação da sociedade, por meio de seus representantes, que, somada à participação ativa dos profissionais, tem propiciado respostas e resultados mais imediatos (HARADA; CUNHA, 2011).

No período que compreendeu o monitoramento, a média de parto/mês havia diminuído por motivos operacionais, sendo assim, os dados relacionados ao monitoramento das boas práticas ao parto e nascimento, relacionadas ao parto propriamente dito, foram mínimos. Percebeu-se melhora de algumas práticas na unidade, porém, ainda há alguns desafios a serem vencidos, como realizar ausculta de 5 em 5 minutos no período expulsivo, promover a autonomia da parturiente na escolha da posição de parir, garantir o direito ao acompanhante, além de, a paciente ter autonomia de escolhê-lo e utilizar os métodos não-farmacológicos disponíveis para indução do trabalho de parto.

Diante das práticas consideradas adequadas que foram melhoradas após a intervenção na unidade, destaca-se: uso do Partograma, não realização da infusão de ocitocina de rotina para acelerar o trabalho de parto, oferta de líquidos durante o trabalho de parto, promoção do contato pele a pele e realização de massagens nas parturientes para alívio da dor. Durante a última reunião os profissionais ainda sugeriram capacitação para poderem estar fazendo as massagens de maneira adequada.

Recomenda-se, portanto, a necessidade do compromisso dos gestores se para garantir os insumos necessários para a utilização dos métodos não-farmacológicos para alívio da dor, como por exemplo, a bola suíça e o cavalinho. Em contraste, foi observado que o hospital possui a banqueta para indução do trabalho de parto, entretanto, os profissionais desconheciam maneiras de usá-lo, sendo que o mesmo encontrava-se sem uso.

Rabelo *et al* (2017), ressalta que a construção dos processos de humanização e o trabalho baseado em evidências nem sempre estão presentes nas instituições. A explicação para esta dessincronia baseia-se no fato de que tais mudanças requerem, para além da competência técnica de cada profissional, uma disposição humana diferente.

Nesse estudo, observou-se o interesse dos gestores e dos profissionais em realizar as mudanças necessárias para a melhorar a assistência ao parto e nascimento como um aspecto a ser trabalhado com tamanha dedicação e responsabilidade.

A proposta da gestão em implantar um modelo humanizado, pautado em evidências científicas, está em processo de construção, com avanços valiosos, empenho das equipes e valorização do profissional impulsionando as ações de mudança, concretizando a efetivação do cuidado em permanente aprimoramento, tal fato está em concordância ao estudo desenvolvido por pesquisadores (Rabelo *et a*, 2017).

Sobre a percepção dos profissionais quanto a utilização das boas práticas no parto e nascimento, observou-se apenas aspectos positivos. Foram mencionados nas reuniões que seria pertinente realizar reforma estrutural da Unidade Obstétrica para melhorar a privacidade das pacientes, adquirir insumos e realizar constantemente capacitações para os profissionais para que sempre percebam a importância de realizar o cuidado humanizado.

Sobre a percepção dos profissionais quanto a utilização do Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia, observou-se que os profissionais apontaram como aspectos negativos o encaminhamento das paciente para a Atenção Primária. Com relação as atribuições, na reunião final foram esclarecidas as dúvidas. Consideraram como positivo a agilidade no atendimento e o respaldo do protocolo para os profissionais onde os dados ficam registrados.

Encaminhar as pacientes para a Atenção Primária ainda é uma necessidade. Muitos pacientes tem a Atenção Hospitalar como principal porta de entrada, porém, a Atenção Primária, que deveria ser a principal porta de entrada, com resolutividade de 80%, ainda encontra-se em processo de implantação no SUS. É necessária realizar intervenções voltadas para os usuários com o objetivo de emponderá-los quanto a utilização dos serviços.

Sobre a percepção dos profissionais quanto a continuidade da intervenção, apesar de ter considerado como algo que organiza a unidade e melhora o atendimento às mulheres, percebeu-se que alguns profissionais consideram que é mais uma atividade a ser realizada, apesar de considerar importante. Esses aspectos podem ser considerados negativos pois podem fazer com

que os profissionais se desestimule. É importante fazer levantamentos constantes dos indicadores para que possam estar avaliando a qualidade da assistência prestada, além de fornecer mecanismos de adesão dos profissionais.

Um aspecto a considerar é que o hospital possui poucos enfermeiros (as) obstetras, o que poderia influenciar de maneira positiva no processo de adesão às Boas Práticas ao Parto e Nascimento e no Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a participação da enfermeira obstetra durante o parto, tomando como referência os cuidados, e não a intervenção. Essa afirmação contribui para a redução dos altos índices de mortalidade materna, sendo um importante indicador para avaliação das condições de vida e saúde da população feminina, cujos indicadores mostram, atualmente, a situação crítica de saúde da mulher em nosso País (VIEIRA *et al.*, 2012).

Neste estudo, observa-se que a implantação foi avaliada pelos profissionais de maneira positiva e que a continuidade seria de tamanha importância para as mulheres. Alguns preceitos do Ministério da Saúde ainda precisam ser melhorados na assistência ao parto e nascimento nesta Maternidade.

6 CONCLUSÃO

A capacitação proporcionou melhoria no conhecimento dos profissionais sobre as Boas Práticas no Parto e Nascimento e no Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia. Percebeu-se tamanha importância de realizar a capacitação com o intuito de atualizar os conhecimentos, sendo de tamanha valia, realizar periodicamente.

Quanto a prática dos profissionais de enfermagem, percebeu-se avanços no que tange as Boas Práticas ao Parto e Nascimento, pelo qual estes passaram a utilizar práticas adequadas após a intervenção: utilização do Partograma, não realização da infusão de ocitocina de rotina para acelerar o trabalho de parto, oferta de líquidos durante o trabalho de parto, promoção do contato pele a pele e realização de massagens nas parturientes para alívio da dor, melhorando assim a assistência ao parto e nascimento.

Algumas práticas necessitam ser melhoradas, principalmente no que tange as Boas Práticas no Parto e Nascimento, como por exemplo, realizar ausculta de 5 em 5 minutos no período expulsivo, autonomia da parturiente na escolha da posição de parir, garantir o direito ao acompanhante, além de, a paciente ter autonomia de escolhê-lo, e utilizar os métodos não-farmacológicos disponíveis para indução do trabalho de parto.

Como desafios, observou-se a continuidade da intervenção, pois foi encontrada resistência por alguns profissionais. Sabemos que o apoio da gestão é crucial nesse processo e que os mesmos devem se responsabilizar com a implantação e com a melhoria da qualidade da assistência.

A intervenção pode ser considerada um fator de mudança positivo, pois os profissionais a avaliaram como contribuinte na melhoria do atendimento e na organização da assistência prestada, e que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde e com as recomendações ministeriais, são práticas que devem ser instituídas pelas maternidades.

Destarte, compreendo que o processo de implantação e continuidade são influenciados por fatores subjetivos dos gestores e profissionais que podem ser negativos e fatores externos, como a falta de insumos, o que pode dificultar o processo de implantação, e acredito que o Ministério da Saúde possui ampla autonomia de intervir e exigir que as Boas Práticas ao Parto e Nascimento, assim como, a realização do Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia sejam realizados em todas as maternidades brasileiras, e além disso, atuar com fiscalizações periódicas.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 11, p. 2287–2296, 2013.
- ANDRADE, P.O.N.; SILVA, J.Q.P.; DINIZ, C.M.M.; CAMINHA, M.F.C. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.16, n.1, p.29-37(jan-mar). 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. PORTARIA No-1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS- a Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório de recomendação**. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Saúde. **Resolução CNS 466/12**. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.
- COSTA, C.C. **Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação**. 2012. 102f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.
- DINIZ, S.G. “O corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva I** [online], v.1, n.1, p.80-91. 2006.
- DIONNE, H. **A pesquisa-ação para o desenvolvimento local** (M. Thiollent, Trad.). Brasília: Liber Livro Editora, 2007.
- HARADA, M.J.C.S; CUNHA, I.C.K.O. **Gestão em enfermagem: ferramentas para uma prática segura**. São Paulo: Yendis; 2011.
- LEAL, M.C; PEREIRA, A.P.E; DOMINGUES, R.M.S.M; THEME, M.M.F; DIAS, M.A.B; NAKAMURA-PEREIRA M., *et al*. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad.Saúde Pública**, n.30, (Suppl 1):S17-S32.
- MALHEIROS, P. A. *et al*. Parto e nascimento: Saberes e práticas humanizadas. *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 21, n. 2, p. 329–337, 2012.
- MARGALHO, R.; NAZARETH, C.; CAETANO, A.S.; OLIVEIRA, J.; CUNHA, J.S.; MELICO-SILVESTRE, A.A. **Métodos de avaliação e observação clínica de adesão à TARv**. 2009. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0466.pdf>>. Acesso em: 02 de fev/2017, 22:35.
- MARQUE, F.C.; DIAS, I.M.V.; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. *Esc Anna Nery R Enferm* 2006 dez; 10 (3): 439 – 47.

- MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.4, p.23-47. 2007.
- MIRANDA, M.G.; RESENDE, A.C. Sobre a pesquisa-ação na educação e as armadilhas do praticismo. **Rev Bras Educ**, v.11, n.3, p.511-65. 2006.
- MUNIZ, B.M.V.; BARBOSA, R.M. **Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência?**. Memórias Convención Internacional de Salud Pública. [periódico online]. 2012. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/41/Documentos/artigo%20parto.pdf>>. Acesso em: 16 de fev/2017, 19:39.
- NARCHI, N.Z.; CRUZ, E.F.; GONÇALVES, L. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.4, p.1059-1068. 2013.
- PORTUGAL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Desenvolvimento da Educação. **Manual do aplicador do estudo CAP**. Pathfinder International. Lisboa, Jun. 2012.
- RABELO, M. *et al.* Estratégias da gestão para implantação do modelo da Rede Cegonha em uma Maternidade Pública de Curitiba. **Cogitare Enferm.**, n. 22, v.2, e. 48252, 2017.
- SANTOS, S.L.; CABRAL, A.C.S.P.; AUGUSTO, L.G.S. Conhecimento, atitude e prática sobre dengue, seu vetor e ações de controle em uma comunidade urbana no Nordeste. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2012.
- SOUSA, A.M.M.; SOUZA, K.V.; REZENDE, E.M.; MARTINS, E.F.; CAMPOS, D; LANSKY, S. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Esc Anna Nery**, v.20, n.2, p.324-331, 2016.
- VIEIRA, B.D.G.; MOURA, M.A.V.; ALVES, V.A.; RODRIGUES, D.P. A prática dos enfermeiros obstetras egressos da especialização da escola de enfermagem Anna Nery. **Rev. enferm. UERJ**, n.20, (esp1): 579-84, 2012.
- VIEIRA, A.C.; BERTONCELLO, KC.G.; GIRONDI, J.B.R.; NASCIMENTO, E.R.P.; HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; ZEFERINHO, M.T. Percepção dos enfermeiros de emergência na utilização de um protocolo para dor torácica. **Texto Contexto Enferm.**, v.25, n.1, 2016.
- WHO. World Health Organization. **Care in normal birth: a practical guide report of a Technical Working Group**. Geneva: WHO; 1996.

APÊNDICE A
INQUÉRITO CAP SOBRE AS BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO E
NASCIMENTO E SOBRE O ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
OBSTÉTRICO

DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____ **Nº** _____

NOME: _____

I DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

1. Idade (em anos completos): _____
2. Sexo: 1() Masculino 2() Feminino
3. Instituição de formação: _____
4. Tempo de formação: _____
5. Escolaridade: 1. () Ensino médio 2. () Graduação
3. () Especialização 4. () Mestrado 5. () Doutorado
6. () Outro: _____
6. Especialização em Obstetrícia: 1. () Concluída 2. () Em andamento
3. () Não realizei
7. Tempo de atuação em Maternidade: _____
8. Realizou alguma capacitação para assistência ao parto e nascimento? 1.() Sim 2. () Não
9. Se sim, qual a carga horária da capacitação? _____

**Espaço
reservado
para o
pesquisador**

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____
6 _____
7 _____
8 _____
9 _____

II CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA QUANTO ÀS BOAS PRÁTICAS NA
ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO E SOBRE O ACOLHIMENTO E
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO

CONHECIMENTO

BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

10. Classifique a si mesmo quanto ao conhecimento sobre as práticas recomendadas na assistência ao parto e nascimento:

1. () Bom 2. () Ótimo 3. () Regular 4. () Ruim

11. Acerca das “Boas Práticas”, assinale (V) para verdadeiro e (F) para falso sobre as sentenças abaixo:

() A mulher no período de trabalho de parto e parto possui autonomia limitada, pois muitas vezes os profissionais devem tomar atitudes sem o seu consentimento.

() A mulher pode escolher onde deseja parir.

() A gestante não possui o direito de visitar a maternidade onde deseja parir por riscos inerentes ao ambiente insalubre, podendo ocasionar riscos para o bebê.

() A gestante tem direito ao acompanhante, porém, somente do sexo feminino.

() Os profissionais devem discutir e explicar o plano de parto juntamente com a gestante e seu (s) acompanhantes.

() A mulher pode escolher apenas um acompanhante.

() Mulheres em trabalho de parto deverá ingerir apenas água.

() Em primíparas, é obrigatória a realização de episiotomia de rotina.

() A injeção de água estéril pode ser usada para alívio da dor durante o trabalho de parto.

() Não realizar exame especular se houver diagnóstico de ruptura das membranas evidentes.

PONTOS: _____

AVALIAÇÃO: Conhecimento () Adequado () Inadequado

**Espaço
reservado
para o
pesquisador**

10 _____
11 _____

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO

12. Classifique a si mesmo quanto ao conhecimento sobre o Acolhimento com Classificação de Risco Obstétrico:

1. () Bom 2. () Ótimo 3. () Regular 4. () Ruim

13. Acerca do Acolhimento com Classificação de Risco Obstétrico, assinale (V) para verdadeiro e (F) para falso sobre as sentenças abaixo:

() A classificação de risco nas maternidades não é obrigatória.

() A equipe da porta de entrada da maternidade é responsável por realizar a classificação de risco.

() O gestor municipal não precisa ser mobilizado para a implantação do sistema de classificação de risco.

() É função do enfermeiro aferir os sinais vitais da mulher.

() A classificação de risco é feita utilizando a abordagem por quatro tipos de cores.

() As mulheres em período expulsivo são classificadas como Laranja.

() As mulheres classificadas como azul, deverá ser encaminhada para os Centros de Saúde (PSF).

() A partir da classificação de risco é possível que a maternidade ao final de cada mês, trace o perfil dos atendimentos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

() O técnico de enfermagem e a recepção, são os responsáveis pela classificação.

() A classificação de risco das gestantes foi instituída pela Rede Cegonha.

PONTOS: _____

AVALIAÇÃO: Conhecimento () Adequado () Inadequado

ATITUDE

BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

14. Quanto a possibilidade da manobra de Klisteler causar traumas no feto:

1. () É provável 2. () É pouco provável 3. () É improvável 4. () Não possui opinião

15. Quanto a disfunção da sexualidade na mulher que foi realizada episiotomia:

1. () É provável 2. () É pouco provável 3. () É improvável 4. () Não possui opinião

16. Quanto a ingestão de líquidos pela mulher durante o trabalho de parto normal:

1. () É necessário 2. () É pouco necessário 3. () Não é necessário 4. () Não possui opinião

17. Quanto à amamentação na primeira hora após o parto:

1. () É necessário 2. () É pouco necessário 3. () Não é necessário 4. () Não possui opinião

18. Quanto a realização de ocitocina IM imediatamente após o parto para a prevenção de hemorragia puerperal:

1. () É necessário 2. () É pouco necessário 3. () Não é necessário 4. () Não possui opinião

AVALIAÇÃO: Atitude () Adequado () Inadequado

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO

19. Sobre a realização do Acolhimento com Classificação de Risco Obstétrico:

1. () É necessário 2. () É pouco necessário 3. () Não é necessário 4. () Não possui opinião

20. Sobre a melhora do acolhimento à mulher:

1. () É provável 2. () É pouco provável 3. () É improvável 4. () Não possui opinião

21. Com relação a elaboração de um fluxo de atendimento dentro da maternidade:

1. () É necessário 2. () É pouco necessário 3. () Não é necessário 4. () Não possui opinião

Espaço reservado para o pesquisador

12 _____

13 _____

Espaço reservado para o pesquisador

14 _____

15 _____

16 _____

17 _____

18 _____

19 _____

20 _____

21 _____

AVALIAÇÃO: Atitude () Adequado () Inadequado

PRÁTICA

BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

22. Na sua prática, você permite que a gestante ou parturiente seja acompanhada por quem ela quiser::

1. () Sempre 2. () Às vezes 3. () Nunca

23. Na sua prática, você orienta a gestante ou parturiente quanto aos métodos de alívio da dor:

1. () Sempre 2. () Às vezes 3. () Nunca

24. Na sua prática, você utiliza Ocitocina EV apenas em Bomba de Infusão:

1. () Sempre 2. () Às vezes 3. () Nunca

25. Na sua prática, assim que o bebê nasce é colocado em contato pele a pele com a mãe:

1. () Sempre 2. () Às vezes 3. () Nunca

26. Na sua prática, o clampeamento do cordão umbilical ocorre entre o 1º e o 3º minuto:

1. () Sempre 2. () Às vezes 3. () Nunca

27. Explique os motivos pela não realização destas práticas: _____

Espaço reservado para o pesquisador

22 _____

23 _____

24 _____

25 _____

26 _____

27 _____

28 _____

29 _____

30 _____

31 _____

AVALIAÇÃO: Prática () Adequado () Inadequado

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO

28. Na sua prática, você realiza o Acolhimento com Classificação de Risco Obstétrico:

1. () Sempre 2. () Às vezes 3. () Nunca

29. Na sua prática, é garantida a vinculação da gestante desde o pré-natal:

1. () Sempre 2. () Às vezes 3. () Nunca

30. Na sua prática, quando a gestante ou parturiente chega à unidade, a mulher é informada pela equipe pelos procedimentos, condutas, pelo o qual você atua com escuta qualificada:

1. () Sempre 2. () Às vezes 3. () Nunca

31. Explique os motivos pela não realização destas práticas: _____

AVALIAÇÃO: Prática () Adequado () Inadequado

APÊNDICE B



Ministério da
Saúde

Governo
Federal

UFMG

Enfermagem
UFMG



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA (CEEQ-UFMG-MS)

ROTEIRO PARA ANÁLISE COLETIVA E DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO SERVIÇO

Contexto deste documento e orientações para realização das análises e diagnóstico

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

Está organizado em três blocos:

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

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

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

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

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

- **Diretrizes e focos:** aqui colocados no sentido de “direcionar” o objeto e objetivo a serem alcançados. Trazem em si os atributos desejados para nortear/direcionar as mudanças desejadas e qualificação dos processos.
- **Parâmetros:** recorte de itens a serem observados, que indicam se o serviço está operando com aquela diretriz/focos na prática cotidiana.

- **Situação atual:** descrições/respostas que indicam como o serviço está funcionando ou o que tem implementado quanto aos itens correspondentes.
- **Dificuldades enfrentadas:** descrições/respostas sobre as dificuldades, limitações, problemas observados quanto ao funcionamento ou implementação daqueles itens.

Acerca da “nota avaliativa” para a situação atual

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

Observação importante: Essa é uma perspectiva de avaliação qualitativa e aqui servindo apenas como ponto de partida para sua própria reflexão sobre o trabalho, seus desafios e seu papel. Não se trata de uma avaliação institucional, mas sim como recurso pedagógico para ajudar o trabalhador-aluno a ampliar o olhar analítico sobre o seu próprio trabalho. Trata-se portanto de uma resposta livre como trabalhador/aluno (e, se achar pertinente, discutindo a pontuação também com a equipe de seu serviço), refletindo sua “impressão global” da situação observada. Isso deve subsidiar uma reflexão sobre as mudanças necessárias e movimentos para isso. Caso queira, complemente seus comentários com a justificativa da nota atribuída. BLOCO 1

ANÁLISE DE SITUAÇÃO ATUAL COM BASE EM DIRETRIZES DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E

ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL

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

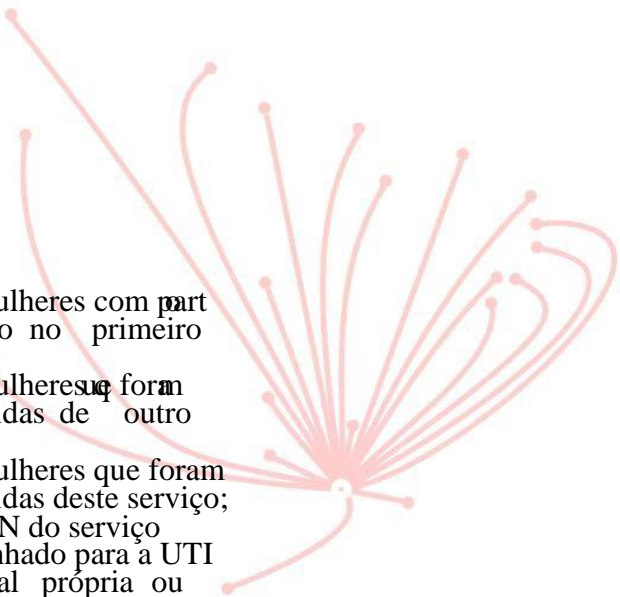
DIRETRIZ: COGESTÃO

<p>Gestão colegiada e participativa: O serviço tem buscado a democratização da gestão, ampliando a participação e corresponsabilização das equipes/trabalhadores nas análises, decisões e na organização dos processos de trabalho, com a estruturação de espaços de gestão compartilhados (colegiados gestores) e ativos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colegiado Gestor implementado, com plano e metodologia de trabalho pactuados • Agenda ativa de reuniões do colegiado gestor do serviço e <ul style="list-style-type: none"> ┌ participação de representantes de toda a Equipe ┌ Contratos internos de gestão construídos coletivamente com base em metas acordadas ┌ Espaços e agendas periódicas das equipes para análises coletivas: dos dados do serviço, modos de funcionamento e relações de trabalho <p>colegiados das áreas/setores Encontros periódicos de planejamento com</p>
<p>Gestão participativa aos usuários: Mecanismos de escuta e participação dos usuários (mulheres, familiares, acompanhantes), propiciando condições para corresponsabilização com os procedimentos de cuidado e autonomia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conselhos ativos • Ouvidoria • Pesquisas de satisfação de usuários • Utiliza as informações da Ouvidoria como subsídio para o planejamento

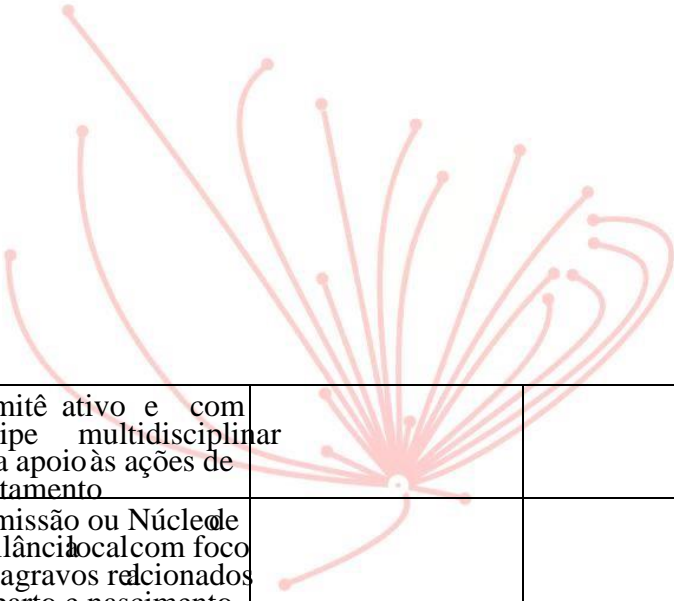
DIRETRIZ: ACOLHIMENTO E ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO LOCAL DE TRABALHO			
Acolhimento como atitude de abordagem e escuta respeitosa, “acolhedora” e comprometida com respostas que garantam vínculo e responsabilidade com a usuária, sem nenhum tipo de discriminação(#) 	<ul style="list-style-type: none"> Projeto de Acolhimento implementado, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos Realização de ACR na porta de entrada 24 horas por dia, todos os dias da semana, baseado em protocolo específico para 		
Acolhimento e			
Classificação de Risco: dispositivos de organização do atendimento, priorizando-se conforme grau de risco.	<input type="checkbox"/> obstetrícia. Redução do tempo de espera da mulher para ser atendida? <input type="checkbox"/> O atendimento é priorizado de acordo com o grau de risco baseado em protocolo?		

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

Estratégias de comunicação para com os Usuários	<ul style="list-style-type: none"> Informações visuais afixadas com identificação e funcionamento dos serviços (vinculação do serviço ao SUS, nomes e horários dos trabalhadores), sobre direitos dos usuários Outras 		
--	---	--	--

<p>“Vaga Sempre” para a gestante e o recém-nascido (RN): Garantia de vaga para internação em todo e qualquer momento de necessidade.</p>	 <ul style="list-style-type: none"> ▮ % de mulheres com part realizado no primeiro serviço ▮ % de mulheres que foram transferidas de outro serviço ▮ % de mulheres que foram transferidas deste serviço; ▮ % de RN do serviço encaminhado para a UTI Neonatal própria ou referenciada ▮ % de RN encaminhado para UTI Neonatal de outro serviço
<p>Trabalho compartilhado em Equipe Multiprofissional: Considera-se em trabalho compartilhado a equipe que utiliza de vários recursos, como Projeto Terapêutico Singular (PTS), reunião para discussão de casos, ronda compartilhada, alta compartilhada, prontuário integrado, entre outros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Configuração de equipe multiprofissional de referência para o cuidado • PTS elaborado pela equipe • Reuniões regulares de discussão de casos • Ronda compartilhada • Prontuário integrado
<p>Equipe horizontal de</p>	<p>▮ Equipe de diarista</p>

<p>cuidado: equipe responsável por manter vinculação e comunicação articulada tanto entre profissionais como com usuários.</p>	<p>(mínimo de 4 horas dia) na rotina acompanhando as internações e responsável pelo cuidado de forma compartilhada com as equipes de plantão</p>		
<p>Direito ao Acompanhante: direito de escolher quem acompanhará durante toda a internação (Lei 11.108/2005).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos de estímulo à presença e participação do acompanhante desde os momentos do pré-natal, realização de exames, internação e ao recém-nascido • % de mulheres com acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto 		
<p>Garantia de livre acesso aos pais e/ou responsáveis na Unidade Neonatal: direito de permanência da mãe ou do pai junto ao RN 24h por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Normas e rotinas escritas e divulgadas a toda equipe acerca da garantia do livre acesso • % de RN internados com livre acesso de acompanhante 24h 		



Comitê de aleitamento	<input type="checkbox"/> Comitê ativo e com equipe multidisciplinar para apoio às ações de aleitamento		
Comissão de discussão interna das Mortes Maternas, Infantis e fetal(##)	<input type="checkbox"/> Comissão ou Núcleo de vigilância local com foco em agravos relacionados ao parto e nascimento <input type="checkbox"/> % de óbitos maternos investigados <input type="checkbox"/> % de óbitos infantis investigados		

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

DIRETRIZ: GARANTIA DE CUIDADO EM REDE			
Vinculação da gestante à maternidade de referência: definição de referência	<input type="checkbox"/> Desenho de vinculação entre Unidades de Atenção Básica (AB) e a maternidade como referência		

<p>territorial para vincular as gestantes a equipes de referência, seja na atenção básica, seja no local onde ocorrerá o parto, evitando a peregrinação da mulher e criança e a integração entre os níveis de atenção, garantindo a continuidade do cuidado (###)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos de comunicação com a AB com ênfase em pessoas em situação de vulnerabilidade (RN de risco; usuárias de AD; Adolescentes, deficiência, má formação...) • Alta responsável: documentos e orientações para mulher e família (ex: Caderneta; relatório de alta, agendamento; cuidado compartilhado entre maternidade e AB para o RN de risco) • Protocolos de visitas antecipadas da gestante à maternidade • % de mulheres com visitas realizadas na maternidade durante o pré natal 		
---	---	--	--

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

DIRETRIZ: ATUAÇÃO DA (O) ENFERMEIRA (O) OBSTÉTRICA (O) NA ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES, RECÉM-NASCIDOS E FAMÍLIA

<p>Enfermeiras (os) Obstétricas (os) na assistência às mulheres, seus recém-nascidos e família, no pré-natal, parto e puerpério.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assistência a gestantes e familiares no PNRH (prénatal de risco habitual), com responsabilidade para a tomada de decisões clínicas • Identificação das gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhamento para consulta médica e, se necessário, equipe multidisciplinar • Assistência às gestantes e familiares no PNAR (pré-natal de alto risco) juntamente com o médico e equipe multidisciplinar • Estímulo à mulher quanto ao conhecimento sobre o seu corpo e compreensão das alterações ocorridas de forma que ela possa atuar de maneira mais consciente no seu gestar • Realização de anamnese, para obter histórica clínica 		
---	---	--	--

específica da mulher

- Admissão e assinatura da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para parto normal sem distócia
- Registro e interpretação dos achados na assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério (ex: partograma)
- Assistência materno-fetal às gestantes de risco habitual, com responsabilidade para a tomada de condutas clínicas

Assistência materno-fetal às gestantes de alto risco, juntamente com o médico obstetra e equipe multidisciplinar

- ▮ Assistência materno-fetal, durante o trabalho de parto, às gestantes de risco habitual, com responsabilidade para a tomada de condutas clínicas
- ▮ Assistência materno-fetal, durante o trabalho de parto, às gestantes de alto risco, juntamente com o médico obstetra e equipe multidisciplinar
- ▮ Assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distócia), com responsabilidade para a tomada de condutas clínicas
- ▮ Identificação de distócias obstétricas e tomada de providências necessárias até a chegada do médico obstetra
- ▮ Assistência ao recém-nascido com boa

▮ vitalidade ao nascer, no momento do parto, com responsabilidade para a tomada de condutas clínicas

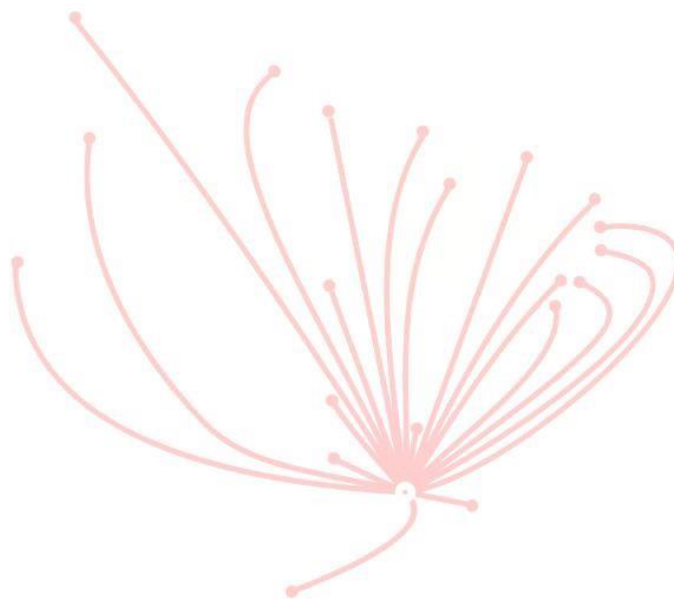
Identificação de alterações na vitalidade do RN ao nascer e tomada de providências necessárias até a

chegada do pediatra


- Avaliação da puérpera de risco habitual no Alojamento Conjunto, com responsabilidade para a tomada de decisões clínicas
- Avaliação da puérpera de

	<p>alto risco no Alojamento Conjunto, juntamente com o médico obstetra e equipe multidisciplinar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentivo, aconselhamento e ajuda prática no aleitamento materno • Avaliação do RN, incluindo o primeiro exame físico • Alta da puérpera de risco habitual • Alta do RN, cuja mãe teve uma gestação de risco habitual, que tenha nascido com boa vitalidade e mantido evolução fisiológica durante a internação • Assistência às mulheres em situação de 		
DIRETRIZ: BOAS PRÁTICAS NO CUIDADO À MULHER E À CRIANÇA			
	(identificação, apoio e		
Métodos não farmacológicos de manejo da dor	<ul style="list-style-type: none"> • orientações de métodos não farmacológicos de manejo da dor tais como massagens, banhos, exercícios • RNs, assistidos por enfermeiras • de mulheres com uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor 		
Métodos não farmacológicos de manejo da dor para o RN	<input type="checkbox"/> Métodos não farmacológicos de manejo da dor no RN tais como sucção ao seio, oferta de glicose oral e contato pele a pele		

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 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	
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 	
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 	
Amamentação na primeira hora de vida: estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida para o RN a termo sem necessidade de reanimação, conforme portaria 371/2014	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo ou orientação institucional para o contato pele a pele • % de RN com amamentação na primeira hora de vida 	

<p>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</p>	 <p>☐ Protocolo ou orientação institucional para o clampeamento conforme indicação da portaria</p>
<p>Cuidado Progressivo Neonatal: serviços com Unidade Neonatal (UTIN, UCINco e UCINca) em funcionamento de acordo com a portaria GM/MS nº 930/2012</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 hospitalar ou ainda que facilitem seu deslocamento entre a residência e a maternidade
<p>Presença de Doula durante trabalho de parto</p>	<p>☐ N° de mulheres que tiveram apoio de Doulas durante o trabalho de</p>
<p></p>	<p>parto</p>

<p>Assistência humanizada às mulheres adultas, jovens e adolescentes em situação de abortamento(#####)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de atendimento humanizado ao abortamento, seguindo os critérios indicados (##) • Oferta de cuidado imediato às mulheres adultas, jovens e adolescentes em situação de abortamento • Oferta de serviços de planejamento reprodutivo pós-abortamento • Orientações para as mulheres que desejam nova gestação • N°. de mulheres atendidas em situação de abortamento 		
<p>Assistência humanizada às mulheres adultas, jovens e adolescentes em situação de violência sexual(#####)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de atendimento às situações de violência, seguindo os critérios indicados (#####) • Oferta de cuidado imediato às mulheres em situação de violência • N°. de mulheres em situação de violência atendidas 		

(#####) *Oferta não só de cuidado imediato às mulheres adultas, jovens e adolescentes em situação de abortamento, mas também, na perspectiva da integralidade do atendimento e com disponibilização de serviços de planejamento reprodutivo pós-abortamento e orientações para aquelas que desejam nova gestação. A atenção clínica adequada ao abortamento e suas complicações, baseia-se nos referenciais éticos, legais e bioéticos. Ênfase nos princípios fundamentais da bioética: (a) autonomia, (b) beneficência, (c) não maleficência e (d) justiça. Deve ser implantado o protocolo de atendimento humanizado ao abortamento de acordo com suas classificações, incluindo as ações de planejamento reprodutivo no serviço e o fluxo definido com a rede locorregional. Destaque para (i) condutas adequadas para*

esvaziamento uterino, segundo norma técnica do M/2010, sendo disponibilizada técnica da AMIU (até 12ª IG); a técnica de esvaziamento medicamentoso (Misoprostol) ou curetagem de acordo com os casos; (ii) oferecimento de métodos contraceptivos: DIU, injetável mensal ou trimestral; e (iii) orientações para mulheres que desejem nova gravidez.

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

DIRETRIZ: AMBIÊNCIA			
Ambiência na maternidade: qualidade dos ambientes como espaços adequados para o conforto dos	<input type="checkbox"/> Adequação dos ambientes conforme RDC 36 de 2008, principalmente em relação à estrutura de quartos PPP.		
trabalhadores e usuários, especialmente assegurando privacidade e conforto às mulheres e seus acompanhantes.			
Ambiência na Neonatologia (UTIN, UCINco, UCINca – Cuidado intermediário convencional e canguru).	<input type="checkbox"/> Adequação dos ambientes, garantindo conforto térmico, luminoso e acústico no salão coletivo dos leitos. <input type="checkbox"/> Cadeira/poltrona para acompanhante em toda unidade neonatal.		

	□ Espaço de convivência para as mães-puerperas		
--	--	--	--

DIRETRIZ: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SERVIÇO

Estratégias de Educação Permanente no Serviço: iniciativas de educação permanente, especialmente nos temas relacionados às boas práticas e cuidado obstétrico-neonatal	<ul style="list-style-type: none"> • Oferta ou viabilização de atividades de educação permanente para as equipes 		
---	---	--	--

DIRETRIZ: RELAÇÕES DO SERVIÇO COM AS INSTÂNCIAS GESTORAS LOCAL/REGIONAIS E PARTICIPAÇÃO EM FÓRUMS INTERSETORIAIS

Relação com Secretaria Estadual de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • O serviço participa de maneira sistemática dos espaços de gestão da SES onde ocorre o compartilhamento de decisões na área materno-infantil 		
Relação com Secretaria Municipal de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • O serviço participa de maneira sistemática dos espaços de gestão da SMS onde ocorre o compartilhamento de decisões na área materno-infantil 		
Participação no Fórum Perinatal	<ul style="list-style-type: none"> • O serviço participa do Fórum Perinatal (municipal e/ou regional) com representantes da gestão e assistência 		

BLOCO 2

MAPEAMENTO DE ALGUNS DADOS DE PRODUÇÃO E EVENTOS SENTINELA

MAPEAMENTO DE ALGUNS DADOS DE PRODUÇÃO E EVENTOS SENTINELA RELEVANTES	
Nº. de partos realizados por mês	
Nº e % de partos normais/mês	
Nº e % de cesáreas	
Nº e % de cesáreas em primíparas por faixa etária	
Nº e % de cesáreas por principais indicações	
Nº e % de parto normal em mulheres com cesárea anterior	
Nº de mortes maternas/ano	
Nº de mortes neonatais/ano	

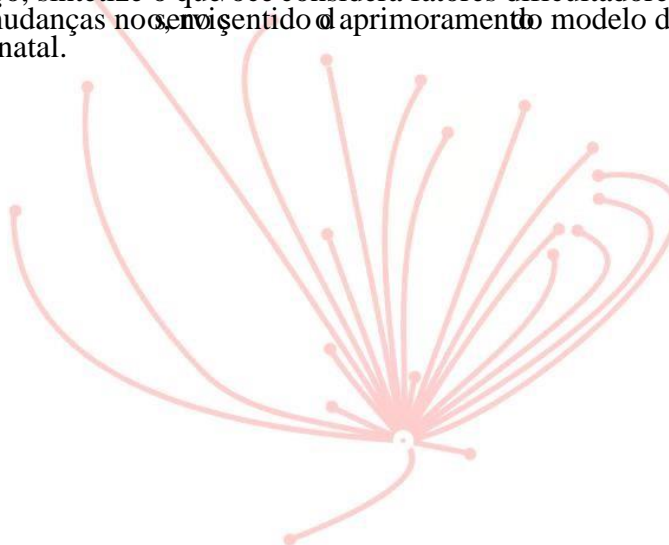
BLOCO 3

FATORES CULTADORES E FACILITADORES PARA OPERAR MUDANÇAS

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

1)Fatores

2)Fatores



APÊNDICE C
PÓS-TESTE DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE AS BOAS PRÁTICAS
NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO E SOBRE O ACOLHIMENTO E
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO

Cada questão equivale a 0,5 pontos. Marque apenas um único item. Não será considerada questões rasuradas.

1. Sobre a **posição deitada de costas com as pernas levantadas durante o parto**, assinale o item correto:
 - A. É considerada a melhor posição para a mulher parir.
 - B. É uma posição que melhora a saída do bebê.
 - C. Não é considerada uma prática adequada para o parto.
 - D. É uma das posições menos utilizadas durante o parto.
 - E. Não é considerada uma posição adequada para os profissionais de saúde, pois ocasiona dor nas costas destes.
2. Sobre a prática da **episiotomia**, assinale o item correto.
 - A. É uma prática bastante útil para mulheres primíparas.
 - B. É uma prática de uso inapropriado, tendo em vista que muitas vezes, é utilizada como rotina em algumas maternidades.
 - C. É uma prática pouco prejudicial à mulher.
 - D. É uma prática que não traz danos para a mulher.
 - E. Não é mais recomendada.
3. Sobre a **assistência ao parto e nascimento de baixo risco**, assinale o item correto:
 - A. Deverá ser realizado apenas pelo Médico Obstetra.
 - B. Deverá ser realizado apenas pelo Enfermeiro (a) Obstetra.
 - C. Deverá ser realizado apenas por Obstetiz.
 - D. Poderá ser realizado por Médico Obstetra, Enfermeiro (a) Obstetra e/ou Obstetiz.
 - E. Nenhum dos itens anteriores.
4. Sobre o **contato pele a pele**, assinale o item incorreto:
 - A. Deve ser colocado um campo estéril na barriga da mãe antes de colocar o bebê.
 - B. Deve ocorrer assim que o bebê nasce.
 - C. Ajuda no reconhecimento das partes maternas pelo recém-nascido (RN), ocorrendo a exploração do corpo da mãe pelo RN.
 - D. Aumenta a prevalência e duração da lactação.
 - E. Melhora o relacionamento do binômio mãe-filho.
5. Sobre a **manobra de Klisteller**, assinale o item correto:
 - A. Não está associada a descolamento da placenta.
 - B. Deve ser utilizada, pois seu uso diminui o risco de fratura das costelas materna.
 - C. É altamente eficaz para a saída do feto, e deve ser estimulada seu uso nas maternidades.
 - D. É altamente aconselhado seu uso pela Organização Mundial de Saúde.
 - E. Não é mais recomendado seu uso nas maternidades.
6. Sobre os **métodos para alívio da dor**, assinale a alternativa correta:
 - A. Se a mulher escolher as técnicas para alívio da dor, ela não deverá ser apoiada pela equipe.
 - B. A acupuntura está contraindicada.
 - C. É proibido o uso de aromaterapia e audioanalgesia.

- D. A injeção de água estéril não deve ser usada para alívio da dor durante o parto.
- E. Sempre que a mulher quiser banho de imersão ou aspersão, ela deverá ser desencorajada, pois este método não ocasiona nenhum benefício.
7. Sobre **as intervenções e medidas no primeiro período do trabalho de parto**, assinale a alternativa falsa:
- A. O enema não deve ser realizado de forma rotineira e a dieta poderá ser liberada.
- B. A tricotomia pubiana e perineal não deve ser utilizada de forma rotineira.
- C. A amniotomia precoce, associada ou não à ocitocina, deverá ser realizada de rotina.
- D. As mulheres devem ser encorajadas a se movimentarem e adotarem as posições que lhe sejam mais confortáveis no trabalho de parto.
- E. Na suspeita de falha de progressão no trabalho de parto, deverá ser considerada a realização de amniotomia se as membranas estiverem íntegras.
8. Sobre **os cuidados com o períneo**, assinale a alternativa verdadeira:
- A. Não é obrigatório assegurar analgesia efetiva antes da realização da episiotomia.
- B. É recomendada a massagem perineal durante o segundo período do trabalho de parto.
- C. Não pode ser aplicada compressas mornas no períneo no segundo estágio do trabalho de parto, apenas compressas frias.
- D. Tanto a técnica de “mãos sobre” como a de “mãos prontas” podem ser utilizadas para facilitar o parto espontâneo.
- E. A episiotomia médio-lateral é menos indicada.
9. Sobre a **assistência imediata ao recém-nascido**, assinale o item correto:
- A. Realizar o clampeamento do cordão umbilical entre o 1º e 5º minuto.
- B. É recomendada a aspiração orofaríngea e nasofaríngea em todo recém-nascido saudável.
- C. Não é necessário que os profissionais tenham treinamento em reanimação neonatal.
- D. Não é necessário estimular o aleitamento materno na primeira hora pós-parto, pois a mulher ainda se encontra fragilizada devido ao esforço que fez durante o parto.
- E. Tentar manter o máximo possível o bebê longe da mãe enquanto estes estiverem no hospital.
10. Sobre o **uso de ocitocina sintética para indução do trabalho de parto**, assinale a alternativa correta:
- A. Pode-se colocar a ocitocina sintética para correr rápido durante o trabalho de parto.
- B. Não é necessária a utilização de bomba de infusão para a administração de ocitocina sintética.
- C. A ocitocina sintética não atrapalha no vínculo entre mãe e bebê.
- D. Não é preciso considerar a dose máxima de administração já que o número de receptores de ocitocina estão aumentados.
- E. É indicada quando há falha no progresso do trabalho de parto.
11. Sobre a **implantação do Acolhimento e Classificação de Risco**, assinale a alternativa incorreta.
- A. Não amplia a responsabilidade dos profissionais de saúde.
- B. Efetiva os vínculos de confiança entre usuário e profissional.
- C. Não aperfeiçoa o trabalho em equipe.
- D. Não agiliza os atendimentos.
- E. Não oferece à mulher as previsões do tempo de espera para o atendimento.

12. Sobre os **passos para a implantação do Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico**, assinale a alternativa correta.
- A. Não é necessário realizar oficinas de mobilização.
 - B. Não é necessário realizar plano de ação.
 - C. Não necessita de monitoramento.
 - D. É necessário que ocorra a capacitação de Enfermeiros para a execução.
 - E. Não é necessário apresentar o protocolo para todos os trabalhadores da maternidade.
13. Sobre as **atribuições dos profissionais envolvidos no Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico**, assinale a alternativa correta.
- A. O profissional da recepção é responsável por verificar os sinais vitais.
 - B. O técnico/auxiliar de enfermagem realiza a classificação de risco.
 - C. O enfermeiro realiza o atendimento e preenche as fichas de mulheres vítimas de violência.
 - D. O serviço social presta apoio matricial a todos os casos solicitados pela equipe multiprofissional.
 - E. O serviço de transporte do hospital não é responsável por transportar a paciente.
14. O tempo de espera para o atendimento com **prioridade máxima** é:
- A. Duas horas.
 - B. 60 minutos.
 - C. Imediato.
 - D. 10 minutos.
 - E. 30 minutos.
15. O tempo de espera para o atendimento como **não prioritário** é:
- A. Duas horas.
 - B. 60 minutos.
 - C. Imediato.
 - D. 10 minutos.
 - E. 30 minutos.
16. O tempo de espera para o atendimento **classificado como LARANJA** é:
- A. Duas horas.
 - B. 60 minutos.
 - C. Imediato.
 - D. 10 minutos.
 - E. 30 minutos.
17. O tempo de espera para o atendimento **classificado como AMARELO** é:
- A. Duas horas.
 - B. 60 minutos.
 - C. Imediato.
 - D. 10 minutos.
 - E. 30 minutos.
18. A classificação que deverá ser **encaminhada para a Atenção Básica** é:
- A. Amarela
 - B. Vermelha
 - C. Verde
 - D. Laranja
 - E. Azul

19. Havendo 5 pacientes aguardando atendimento, sendo que todos eles possuem classificações diferentes, qual deverá ser atendido primeiro?
- A. Amarela
 - B. Vermelha
 - C. Verde
 - D. Laranja
 - E. Azul
20. Levando em consideração o caso anterior, qual deverá ser o terceiro a receber o atendimento?
- A. Amarela
 - B. Vermelha
 - C. Verde
 - D. Laranja
 - E. Azul

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Nota: _____

APÊNDICE D
CHECK LIST DE MONITORAMENTO DA IMPLANTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS
NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

DATA: ____/____/____

AVALIAÇÃO	SIM	NÃO	NA
1. Oferece métodos não farmacológicos para alívio da dor? Se sim, quais?			
1.1 Banho			
1.2 Massagens			
1.3 Bola suíça			
1.4 Aromaterapia			
1.5 Acunputura			
1.6 Cavalinho			
2. Realiza episiotomia de rotina?			
3. Realiza manobra de Klisteller?			
4. Oferece dieta oral durante o trabalho de parto?			
5. Realiza clampeamento do cordão entre o 1° e 5° minuto?			
6. Promove contato pele a pele imediatamente após o parto?			
7. Promove aleitamento materno na primeira hora após o parto?			
8. Realiza infusão de ocitocina de rotina?			
9. Realiza amniotomia de rotina?			
10. Realiza analgesia farmacológica de alívio da dor de rotina?			
11. Permite a presença do acompanhante de escolha durante o trabalho de parto?			
12. Permite a presença do acompanhante durante o parto?			
13. A parturiente fica com o acompanhante de sua escolha?			
14. É realizada massagens no período do segundo estágio do trabalho de parto?			
15. A mulher escolhe a posição que irá parir?			
16. A mulher é estimulada a se movimentar durante o trabalho de parto?			
17. A tricotomia é realizada de rotina?			
18. É utilizado o Partograma?			
19. É realizada ausculta dos batimentos fetais de 5 em 5 minutos durante o período expulsivo?			
20. É utilizada a banqueta?			
21. Realiza o preenchimento do livro de ocorrências dos indicadores da Rede Cegonha sobre os dados referentes à mãe?			
22. Realiza preenchimento do livro de ocorrências dos indicadores da Rede Cegonha sobre os dados referente ao recém-nascido?			

APÊNDICE E
CHECK LIST DE MONITORAMENTO DA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO E
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO

DATA: ____/____/____

AVALIAÇÃO	SIM	NÃO	NA
14. Realiza o Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico?			
15. Preenche corretamente os dados da gestante e/ou parturiente?			
16. É respeitado o tempo de atendimento para cada classificação?			
17. Cada profissional sabe qual é a sua atribuição na classificação de risco obstétrico?			
18. A equipe está encontrando dificuldades para implantar o Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico?			
19. O tempo de espera para a prioridade clínica VERMELHA está sendo zero?			
20. O tempo de espera para a prioridade clínica LARANJA está sendo de até 15 minutos?			
21. O tempo de espera para a prioridade clínica AMARELA está sendo de até 30 minutos?			
22. O tempo de espera para a prioridade clínica VERDE está sendo de até 120 minutos?			
23. O tempo de espera para a prioridade clínica AZUL está sendo de até 240 minutos?			
24. Os casos de prioridade AZUL estão sendo encaminhados para a Atenção Básica?			
25. O tempo médio de espera do cadastro ao início da classificação de risco é menor que 10 minutos?			
26. O tempo médio da classificação de risco é menor que 5 minutos?			

APÊNDICE F
AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE A
IMPLANTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS AO PARTO E NASCIMENTO E SOBRE O
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO

DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____ **Nº** _____

NOME: _____

Você considera que a implantação das boas práticas na Atenção ao Parto e Nascimento, melhorou a assistência à gestante e/ou parturiente e ao recém-nascido? Por quê?

() SIM () NÃO

1. Quais foram as maiores dificuldades encontradas para a implantação das boas práticas na Atenção ao Parto e Nascimento?

2. Quais práticas você não considerava Violência Obstétrica?

3. Quais são os benefícios, para a unidade obstétrica do Hospital, que a continuação da utilização das boas práticas na Atenção ao Parto e Nascimento trará?

4. Se dependesse somente de você, continuaria utilizando?

() SIM () NÃO

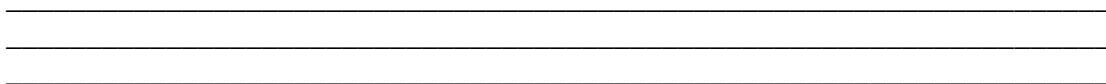
5. Com relação ao impresso do protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico, houve dificuldades para preencher? Se sim, em quais pontos?

() SIM () NÃO

6. Quais as vantagens da utilização do protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico?

7. Quais as desvantagens da utilização do protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico?

8. Quais sugestões você pode dar para melhorar a utilização do protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico?



APÊNDICE G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PÚBLICO-ALVO)

Você está sendo convidado por minha pessoa Samara Pereira Souza Mariano como participante da pesquisa intitulada “IMPLANTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS AO PARTO E NASCIMENTO E DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO EM UMA MATERNIDADE NO INTERIOR DO CEARÁ”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Os participantes serão os profissionais de enfermagem que atuam no centro obstétrico do Hospital Maternidade Professor Waldemar de Alcântara. O objetivo desta pesquisa é implantar as boas práticas na Atenção ao Parto e Nascimento e um protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico em uma maternidade no interior do Ceará. Pretendo, assim, intervir na mudança da prática assistencial na Atenção ao Parto e Nascimento, no que concerne a melhoria da assistência prestada, qualificando assim, a assistência de Enfermagem.

Caso o senhor (a) concorde em participar do estudo, realizarei o mesmo em quatro etapas: na primeira etapa aplicarei um questionário com o senhor (a) para realizar o diagnóstico situacional do conhecimento, atitude e prática sobre o tema abordado que durará em cerca de 40 minutos, o qual utilizarei um questionário com 31 questões; na segunda etapa, realizarei o planejamento das ações a serem realizadas e definirei a data para a capacitação; na terceira etapa, realizarei uma capacitação e ao final, aplicarei um questionário com 20 questões que durará cerca de 30 minutos pro senhor (a) responder, para avaliar o conhecimento apreendido, e após, iniciarei o processo de implantação que durará três meses; a quarta etapa, consistirá em avaliar a sua percepção sobre a implantação o qual será utilizado um questionário semiestruturado com 08 questões o (a) qual o senhor (a) responderá em tempo médio de 30 minutos. Sua participação neste estudo é livre e voluntária.

A presente pesquisa apresenta risco mínimo devido a possibilidade de causar constrangimento, ao passo que você poderá não ter a intenção de responder tais perguntas além de lhe causar cansaço físico e mental na resolução dos questionamentos e participação da capacitação. O senhor (a) tem o direito de sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar, sem que sua desistência possa prejudicá-lo (a). Finalmente informo que sua identidade será preservada e que os dados coletados servirão apenas para alcançar os objetivos desta pesquisa e serão divulgados apenas para estudiosos do assunto. O senhor (a) poderá fazer qualquer pergunta durante a leitura deste termo. A pesquisadora não receberá nenhum pagamento pela sua participação.

A presente pesquisa apresenta como benefícios a melhoria da assistência obstétrica para as usuárias e para todos os envolvidos neste processo, acarretando um cuidado humanizado e uma prática baseada em evidências científicas, influenciando na melhoria dos indicadores da qualidade da assistência prestada.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisador) e a outra, com você (entrevistado).

Em caso de dúvidas, o senhor (a) poderá entrar em contato comigo, assim, informo-lhe meu nome e endereço:

<p>Nome: Samara Pereira Souza Mariano Instituição: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115 Telefones para contato: (85) 3366-84448</p>
--

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ____anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

ANEXO A

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA

CLASSIFICAÇÃO:

() VERMELHO () LARANJA () AMARELA () VERDE () AZUL

1. NOME:

_____ IDADE: _____

2. DATA: ____/____/____

3. HORÁRIO DE CHEGADA: ____h____min HORÁRIO DA CLASSIFICAÇÃO:
____h____min

4. É GESTANTE? () SIM () NÃO () INCERTEZA

5. DUM: ____/____/____ IG: _____

6. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: G____ P____ A____

7. QUEIXA:

8. FLUXOGRAMA:

9. PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO: PA= ____x____ mmHg FC= ____ bpm
FR= ____ ipm Temp.= ____ °C SatO2____ Glicemia: ____mg/dl.

CONTRAÇÕES UTERINAS: () Não () Sim Hipertonia uterina () Não () Sim

DOR: ____/10 Localização _____

PERDA DE LÍQUIDO: () Não () Sim Aspecto: () Claro () Meconial fluido () Meconial
espesso SANGRAMENTO VAGINAL: () ausente () presente sem repercussão
hemodinâmica () presente com repercussão hemodinâmica

MF (+/-): _____ se ausente

Outras queixas:

10. MEDICAMENTOS EM USO:

11. Observações: () Alergias () Drogas () Vítima de violência

Horário de término da classificação: ____h____min

Horário do atendimento clínico: ____h____min

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

Carimbo e assinatura

ANEXO B

HMPWA

HOSPITAL MATERNIDADE PROFESSOR WALDEMAR DE ALCÂNTARA
RUA ALBERTO FÉLIX, ALTO DAS UMBURANAS, SN, CEP 62.740-000 - ITAPIÚNA-
CE
FONE/FAX: (88) 3431.1306/ (88) 3431.1210
CNPJ: 07387509/0001-85



CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Francisco Nunes da Silva Filho, Diretor Geral do Hospital Maternidade Professor Waldemar de Alcântara (HMPWA), situado no município de Itapiúna, Ceará, declaro para os devidos fins que a pesquisadora Samara Pereira Souza Mariano, sob orientação da Professora Dra. Marli Teresinha Gimeniz Galvão, está autorizada a realizar o projeto de pesquisa que objetiva implantar as boas práticas ao parto e nascimento e o Acolhimento com Classificação de Risco Obstétrico (ACCRO), nesta instituição. Declaro ainda, que esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Itapiúna, 15 de Junho de 2017.

Assinatura

Constitui crime, conforme prevê o Art. 299, do Código Penal:

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante (Decreto Lei no 2848/1940).

ANEXO C

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPLANTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS AO PARTO E NASCIMENTO E DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO EM UMA MATERNIDADE NO INTERIOR DO CEARÁ

Pesquisador: SAMARA PEREIRA SOUZA MARIANO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 82441417.5.0000.5054

Instituição Proponente: Universidade Federal do Ceará/ PROPESQ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.481.633

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de intervenção sem grupo controle, com abordagem quanti-qualitativa, que será desenvolvido na Unidade Obstétrica do Hospital Maternidade Professor Waldemar de Alcântara (HMPWA), hospital de pequeno porte, situado no município de Itapiúna-CE.

Serão participantes da pesquisa os profissionais que compõem a equipe de enfermagem da unidade obstétrica do HMPWA. O estudo terá quatro etapas. 1. Será realizada a primeira reunião, onde previamente será enviada carta-convite aos participantes, para realização do diagnóstico situacional do conhecimento dos profissionais sobre as boas práticas na Atenção ao Parto, Nascimento e Acolhimento com Classificação de Risco Obstétrico. 2. Será elaborado um plano de ação, onde será incluído o processo de capacitação, implantação e monitoramento. 3. Ocorrerá capacitação dos profissionais de enfermagem e monitoramento das ações. 4. Avaliação da implantação das boas práticas na Atenção ao Parto e Nascimento e do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco Obstétrico, culminando na reunião com os participantes da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Implantar as boas práticas na Atenção ao Parto e Nascimento e um protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico em uma maternidade no interior do Ceará.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.481.633

Objetivos Secundários:

- Realizar diagnóstico situacional mediante a avaliação do conhecimento, atitude e prática dos profissionais sobre as boas práticas na Atenção ao Parto e Nascimento e Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico;
- Realizar capacitação sobre as boas práticas na Atenção ao Parto e Nascimento e Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico;
- Avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem após a capacitação sobre as boas práticas na Atenção ao Parto e Nascimento e Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico;
- Descrever o processo de implantação das boas práticas na Atenção ao Parto e Nascimento e do protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico;
- Identificar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o processo de implantação das boas práticas na Atenção ao Parto e Nascimento e do protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Para a pesquisadora, o estudo poderá ter o risco de causar constrangimento, ao passo que o participante poderá não ter a intenção de responder os questionamentos, além de lhe causar cansaço físico e mental na resolução dos questionamentos e participação da capacitação.

Benefícios: Para a autora a pesquisa é importante, pois é estratégia do Ministério da Saúde que nos municípios os fluxos de atendimento sejam avaliados para melhorar a rede de atenção obstétrica, a logística, o acolhimento, a resolutividade, e a garantia de um parto sem violência obstétrica, gerando uma assistência humanizada com a utilização de práticas baseadas em evidências.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É um estudo pertinente, considerando a qualidade da assistência em saúde durante o parto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br