



**IMPACTO SOCIAL DA
FORMAÇÃO PERMANENTE DE
ENFERMEIRAS(OS) OBSTETRAS
NO BRASIL:** vivências e experiências
inovadoras após o Curso de Qualificação
Profissional – EEAN/UFRJ

Organizadoras
Carla Luzia França Araújo
Helen Ferreira Campos
Maria Manuela Vila Nova Cardoso



**IMPACTO SOCIAL DA
FORMAÇÃO PERMANENTE DE
ENFERMEIRAS(ÕES) OBSTETRAS NO BRASIL:**

**vivências e experiências inovadoras após o Curso
de Qualificação Profissional – EEAN/UFRJ**

Organizadoras

Carla Luzia França Araújo

Helen Ferreira Campos

Maria Manuela Vila Nova Cardoso

Ficha técnica

IMPACTO SOCIAL DA FORMAÇÃO PERMANENTE DE ENFERMEIRAS(OS) OBSTETRAS NO BRASIL:

vivências e experiências inovadoras após o Curso de Qualificação Profissional – EEAN/UFRJ

Organizadoras

Carla Luzia França Araújo
Helen Ferreira Campos
Maria Manuela Vila Nova Cardoso

Revisão

Vanice Araújo

Projeto gráfico, diagramação e capa

Rodrigo Cabido

Impressão

Rona Editora

Projeto financiado através do TED 75/2015



Ficha Catalográfica

I34 Impacto social da formação permanente de enfermeiras obstetras no Brasil: vivências e experiências inovadoras após o Curso de Qualificação Profissional – EEAN/UFRJ, organizado por Carla Luzia França Araújo, Helen Ferreira Campos, Maria Manuela Vila Nova Cardoso. – Rio de Janeiro, 2019.
168 p.

ISBN: 978-85-7023-019-5

1. Enfermagem obstétrica. 2. Enfermagem-estudo e ensino. 3. Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ. I. Título.

CDU 616-083:618.2

Sumário

PREFÁCIO	7
Capítulo I	
ARANDO A TERRA	9
Capítulo II	
PLANTANDO SEMENTES	17
Capítulo III	
COLHENDO RESULTADOS: A FLORESCÊNCIA PELAS REGIÕES DO BRASIL	33
Maternidade Bárbara Heliodora, Rio Branco, (AC) – Brasil	35
Zilomar Santos de Freitas	
Maternidade Ana Braga – Manaus (AM) – Brasil	41
Edilson Silva de Albuquerque e Maria Auxiliadora Pires Pond	
Instituto da Mulher e Maternidade Dona Lindu – Manaus (AM) – Brasil	47
Larissa Lustosa da Costa Lustosa, Lisandra Ferreira, Liseane Bello Façanha, Natalia Freitas Moraes, Paloma Silva Barbosa e Susie Imbiriba Augusto	
Maternidade Estadual Balbina Mestrinho – Manaus (AM) – Brasil	51
Alzerina Sarmiento Silva, Margarida Bahia Gomes e Romildes Corrêa de Andrade	
Hospital da Mulher Mãe Luzia – Macapá (AP) – Brasil	57
Ana Caroline Lima Fonseca, Catarina de Nazaré Souza de Oliveira, Clodoaldo Tentes Côrtes, Cristiane de Cássia Santos Rodrigues, Ediane de Andrade Ferreira, Élitá Salviano da Costa Nery, Nádia Cecília Barros Tostes, Rafael Cleison Silva dos Santos, Ronaldo França de Sarges, Tatiana do Socorro dos Santos Calandrini, Vanessa Silva de Melo e Vilma Maria da Costa Brito	

Hospital Municipal de Santarém – Santarém (PA) – Brasil	65
Alzerina Sarmento Silva	
Centro de Parto Normal Esmeralda Evangelista da Silva – Ariquemes (RO) – Brasil	69
Elissandra de Souza Silva e Valteone Pereira Maulaz	
Hospital Regional Deputado Luís Eduardo Magalhães – Porto Seguro (BA) – Brasil	73
Daiane Menezes dos Santos, Glecia Pereira da Cunha Santana, Helivana Botelho Correa, Micaeli Oliveira Assis e Natália Frohlich	
Maternidade Climério de Oliveira – Salvador (BA) – Brasil	81
Graziele Matos Oliveira, Maíza Braga Ramos da Silva, Keury Thaisana Rodrigues dos Santos Lima, Larissa Celeste Araújo Paiva, Leonildo Severino da Silva e Rosane Sousa Barreto	
Maternidade Municipal de Juazeiro – Juazeiro (BA) – Brasil	89
Alnira Oliveira Alencar, Gittanha Fadjá de Oliveira Nunes, Khesia Kelly Cardoso Matos, Maria Uiara Santos Holanda e Waldirene Aparecida Cunha dos Santos	
Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues – Buriticupu (MA) – Brasil	93
Acenate Fernandes da Silva, Antônia Oliveira da Silva Campos, Danicleide Tavares Cruz, Jadeane Medeiros Pereira Souza e Fabiano Gomes Quixaba	
Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz – Imperatriz (MA) – Brasil	97
Antonia Ludymila Almeida dos Santos Lima, Joelma Feitosa Monteiro, João Marinho Maryane Gomes Maia, Nara Geovane da Costa Nascimento, Silvana Castro Ferreira e Thayla Dayane Pereira de Oliveira Costa	
Maternidade Dr. Deodato Cartaxo – Cajazeiras (PB) – Brasil	107
Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira Cabral e Maria do Socorro de Sousa Estrela Guedes	

Maternidade Professor Arnaldo Marques – Recife (PE) – Brasil	113
Bruna Roberta Alves Lins, Delmilena Maria Ferreira de Aquino e Luiziane Souza Vasconcelos de Lima	
Hospital Estadual Dirceu Arcoverde – Parnaíba (PI) – Brasil	117
Bruna Gomes e Morgana de Oliveira Teles	
Hospital Regional do Gama – Distrito Federal – Brasil	123
Lídia Câmara Peres e Mariana Viana Almeida	
Maternidade Cândido Mariano – Campo Grande (MS) – Brasil	129
Patrícia Nunes I. Pesqueira	
Hospital Regional de Guanhães – Guanhães (MG) – Brasil	135
Evandro Batista Ribeiro, Jozabel Pereira Simões, Rivane Barroso de Souza e Tatiana Sara dos Santos	
Maternidade Darcy Vargas – Joinville (SC) – Brasil	145
Ana Maria Brizola, Beatriz Mendes Abreu, Floriane Muncinelli de Souza, Giselle Krischinski da Silva, Jeane Zimmermann, Jéssica Danúbia Schwerz e Rosimeire Pereira Bressan	
Capítulo IV	
ENFERMEIRAS, PRECEPTORAS, JARDINEIRAS E MUITO MAIS!	151
Capítulo V	
A MUDANÇA NA FORMA DE PARIR E NASCER NO BRASIL: E CONTINUA A SEMEADURA	161
AGRADECIMENTOS	165

Prefácio

***“Juntos somos mais fortes,
unidos somos melhores.”
Rogério Oliveira***

Esta obra objetiva registrar o impacto social produzido por enfermeiros obstetras que de 2015 a 2019 realizaram o Curso de Aprimoramento para Enfermeiros(as) Obstetras, com enfoque no componente parto e nascimento, da Rede Cegonha/Ministério da Saúde, oferecido pelo Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Em 9 de julho de 2014, a então Coordenação-Geral da Saúde das Mulheres do Departamento de Ações Estratégicas DAPES/MS, na pessoa da Dra. Maria Esther de Albuquerque Vilela, apresenta em carta à Direção da EEAN o desafio de realizar o Projeto que compõe um dos programas de qualificação profissional do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta versava sobre financiamento pelo Ministério da Saúde de curso de aprimoramento/qualificação profissional de enfermeiros obstetras que já possuíam titulação e que estavam atuantes na assistência ao parto, com a condição de terem vínculo empregatício em maternidade/hospitais contratualizados à estratégia da Rede Cegonha.

Aceito o desafio pelo Departamento de Enfermagem Materno-Infantil/UFRJ, assume a coordenação do curso de extensão, na modalidade aprimoramento/qualificação profissional, a professora Dra. Carla Luzia França Araújo, dando andamento à articulação e providenciando a oficialização do convênio com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para promoção da vivência em campo clínico na Casa de Parto David Capistrano Filho, no Hospital da Mulher Mariska Ribeiro e Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda.

Na ousada empreitada, a Dra. Carla Araújo convida profissionais que se somam para fortalecer o alcance dos objetivos: professora Dra. Helen Campos Ferreira, da Universidade Federal Fluminense, professora Dra. Jurema Gouvêa de Souza e enfermeira Alma Papa, ambas da Universidade Federal do Rio de Janeiro. E, para assegurar a parte administrativa do projeto, as senhoras Maria Queiroz e Rose Cristina Ribeiro Paulino. Assim, numa figura de linguagem adotada daqui por diante, formava-se o grupo de “agricultores”.

Agradecemos às gerentes de enfermagem das instituições anteriormente citadas, as enfermeiras Tatiana dos Santos Nascimento e Marcella Cristina de Souza Pereira (HMMR); Denise de Paula Parreira da Silva, Daniele Mota da Silva e Danielle Rodrigues do Couto (MMABH); e Leila Gomes Ferreira de Azevedo e Inaiá de Santana Mattos (CPDCF), que permaneceram no Projeto, driblando conjunturas políticas, econômicas e assistenciais adversas para assegurar nos campos clínicos oportunidades propositivas de crescimento e desenvolvimento técnico-científico dos enfermeiros em aprimoramento.

Com o grupo local disposto e alinhado à proposta, o nível central do MS começa a demandar enfermeiros de todo o território nacional e o Projeto ganha viabilidade com determinação dos “campos a serem arados”, isto é: quais seriam os enfermeiros representantes das maternidades/hospitais a compor o grupo de aprimo-

randos do curso. Nosso muito obrigada à equipe de planejamento central: Dra. Maria Esther de Albuquerque Vilela, enfermeira Euzi Adriana Bonifácio Rodrigues, enfermeira Dra. Maria Eliane Liégio Matão e enfermeira Sara Delfino da Silva.

Agradecemos também a todos(as) os(as) enfermeiros(as) obstetras que compuseram o grupo de preceptores, incansáveis em trocar experiências e saberes. Que se dispuseram a “oferecer ferramentas” para que os demais pudessem “arar seus campos”. Registramos nosso reconhecimento àqueles que criaram momentos de aprendizagem, dividiram pensamentos, iluminaram caminhos e demonstraram que somos capazes de promover mudanças na assistência à mulher e família no parto e nascimento.

Este livro divide-se em cinco capítulos: I - Arando a terra, II - Plantando sementes, III - Colhendo resultados: a florescência pelas regiões do Brasil, IV - Enfermeiras, preceptoras, jardineiras e muito mais! e V - A mudança na forma de parir e nascer no Brasil: continua a semeadura.

Esperamos que o leitor compreenda que cada enfermeiro(a) obstetra que aqui registrou sua vivência e experiência permanece em luta. Consciente de seu papel social, não descansa na preservação da união de esforços para melhor assistir as mulheres e suas famílias no parto e nascimento.

**Helen Campos Ferreira
Jurema Gouvêa de Souza**



Capítulo I

ARANDO A TERRA

MOTIVAÇÕES PARA A PROPOSTA

Marli Villela Mamede¹

O desafio da mortalidade materna no Brasil tem sido um tema recorrente e de difícil enfrentamento. Como signatário das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), e atualmente Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), o país deveria apresentar uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos (nv) até 2015. Em 1990, a RMM corrigida era 140 óbitos por 100 mil, enquanto em 2007 houve redução para 75 óbitos por 100 mil nv. Mas a projeção realizada de 2008 até 2015 já revelava valores entre 69 e 77 óbitos por 100 mil nv, indicando dificuldades para o cumprimento dessas metas (BRASIL, 2010).

Os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde indicaram que, entre 1996 e 2006, o percentual de partos hospitalares passou de 96% para 98% no país. Da totalidade de partos ocorridos no território nacional, 76% foram realizados no SUS. A grande maioria foi assistida por profissionais formalmente qualificados, médico (89%) ou enfermeira (8,3%) (BRASIL, 2010).

Cerca de 3 milhões de nascimentos ocorreram no Brasil em 2007 – 89% dos partos foram realizados por médicos e 8% por enfermeiras obstétricas (especialmente nas regiões Norte e Nordeste), sendo que quase metade do total (47%) desses partos ocorreu por operações cesarianas. Apesar da evidência de que as cesarianas estejam associadas com o aumento da mortalidade e morbidade materna e neonatal, não havia sinalização de que esse procedimento estivesse reduzindo (VICTORA *et al.*, 2011).

A medicalização excessiva na assistência obstétrica em partos vaginais, a exemplo da prática rotineira da episiotomia, uso indiscriminado de ocitocina no parto e outros procedimentos não recomendados, vem sendo mostrada por estudos efetuados em maternidades de cidades de médio e grande porte no Brasil. Os estudos revelam também o baixo uso, nas maternidades, de práticas de monitoramento contínuo do trabalho de parto, tais como partograma, aferição da pressão arterial, dos batimentos cardíacos fetais e medidas não farmacológicas de alívio da dor. Tais estudos indicaram que apesar de no Brasil 98% dos nascimentos ocorrerem em hospitais, convive-se ainda com dificuldades de acesso além da fragmentação da atenção entre os cuidados primários (pré-natal) e o cuidado hospitalar (nascimento) (LEAL *et al.*, 2012).

As expectativas do público, cada vez mais informado sobre as questões de saúde e atenção materna e neonatal, têm aumentado quanto às questões sobre acesso aos serviços, à eliminação de barreiras financeiras e à qualidade, segurança e respeito durante o atendimento oferecido pelos profissionais nos processos de gestação, parto e nascimento. Diante de tal cenário, a credibilidade e a legitimidade das autoridades de saúde, para países de baixa e média renda, estão na dependência da vontade política e da capacidade de responder sem protelação a essas expectativas, o que geralmente tem ocorrido com frequência nos últimos anos (LERBERGHE, *et al.*, 2014).

A preocupação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em fortalecer os serviços de obstetrícia surgiu há vários anos, a partir do momento em que se reco-

¹Professora Emérita do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

nheceu por meio da evidência histórica e epidemiológica que a redução eficaz e sustentável da mortalidade materna e neonatal exigia a presença de pessoal de saúde capacitado em uma gama de aptidões e atitudes em obstetrícia (OMS, 2004).

Estudos sobre o tema mostram que a “primeira fase” na redução da mortalidade materna ocorreu no final do século XIX, na Europa Ocidental (1870-1910), onde as reduções aconteceram antes do advento da obstetrícia moderna (desenvolvimento de antibióticos, transfusões de sangue, cesáreas e melhor anestesia). Em 1870, na Europa e Estados Unidos, a mortalidade materna era de 600/100.000 nv. Em 1900, a taxa de mortalidade materna na Suécia caiu pela metade, ocasião em que a política governamental foi de contratação de parteiras profissionais (MACDONALD; STARRS, 2003 a, b).

Os fatores contribuintes para a primeira fase de redução da mortalidade materna foram relacionados à: a) promoção de estatísticas demográficas fidedignas, que levaram a tomar consciência sobre a magnitude do problema da mortalidade materna e suas causas, e criaram pressão para se tomar medidas; b) adoção de uma legislação que exigiu ou promoveu a atenção qualificada durante o parto; c) implementação de programas nacionais para capacitar e designar estrategicamente um número adequado de pessoal qualificado, com destaque na formação de parteiras profissionais e no resgate do reconhecimento e respeito à sua atuação; e d) profissionalização da atenção durante o parto, elaboração e aplicação de normas de cuidado (MACDONALD; STARRS, 2003 a, b).

Entre 1937 e fins dos anos 1960, aconteceram outras rápidas reduções nos números de mortes maternas em todos os países industrializados (10 mortes maternas por cada 100.000 nascidos vivos), período considerado com a “segunda fase” de redução da mortalidade materna mundial. Os fatores contribuintes para essa redução foram relacionados aos avanços em tecnologia médica; desenvolvimento de antibióticos e outros modos de tratamento como transfusões de sangue; melhora da anestesia; menor interferência nos partos normais, e uso adequado de cesárea. Diante das evidências, histórica e epidemiológica, estabeleceu-se que para a redução da morbimortalidade materna e neonatal em todo o mundo havia a necessidade ur-

gente de incorporar intervenções-chave para salvar vidas na prática das parteiras profissionais; fortalecer os sistemas de referência; assegurar a disponibilidade de financiamento para oferecer atenção qualificada em todos os nascimentos, e assegurar a provisão dos medicamentos, materiais e equipamentos necessários (MACDONALD; STARRS, 2003 a, b).

A evidência epidemiológica recente, em vários países em desenvolvimento, sugere que a atenção qualificada durante o parto pode ajudar a prevenir as mortes maternas.

Países como Marrocos, Burkina Faso e Camboja usaram o estímulo ao acesso universal à saúde como um veículo para promover a agenda da saúde materna. Eles optaram pelo investimento em obstetizes/enfermeiras obstétricas como uma questão de conveniência na ampliação da oferta de serviços, cuja estratégia resultou em uma rápida aceitação e cobertura. Portanto, nesses países, durante a década de 2000, o investimento na força de trabalho das obstetizes/enfermeiras obstétricas ganhou força política, visto que os políticos as apoiaram publicamente e ativamente, e, à medida que a agenda da saúde materna ganhava visibilidade, aumentava o acesso da população aos serviços dessas profissionais, que se mostrou eficaz e popular (LERBERGHE *et al.*, 2014).

O interesse internacional na atuação da obstetiz/enfermeira obstétrica continua evidente nas estratégias mundiais para a saúde da mulher, como explicitado na Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes – 2016-2030, elaborada em consonância com a Agenda Global 2030 (ONU, 2016).

Esforços para o fortalecimento da participação da obstetiz/enfermeira obstétrica na atenção obstétrica e neonatal foram tidos como sendo o componente central da contribuição da OMS à Iniciativa Mundial para uma Maternidade Segura. Tal designação se concretizou especialmente depois de especialistas e pesquisadores trabalharem arduamente no exame de resultados e intervenções dos 10 anos da iniciativa. Entre as lições aprendidas concluiu-se que sem a presença de profissionais com determinadas aptidões e competências em obstetrícia, sobretudo aquelas que salvam vidas, não se pode alcançar as metas dirigi-

das à saúde da mãe e do recém-nascido e redução da mortalidade materna e neonatal (CROWE *et al.*, 2012).

Muitos estudos indicam que o fortalecimento das competências em obstetrícia, ou de oferecer atenção por pessoal qualificado durante o nascimento a todas as mães, é um componente essencial dos programas que pretendem reduzir a morbidade e mortalidade materna e promover a saúde reprodutiva de uma forma geral.

Horton e Astudillo, 2014, ao descreverem sobre “*The power of midwifery*”, relatam que há uma visão frequente de que obstetrícia/*midwifery* significa assistir o parto, esclarecem ser isso e muito mais. Lembram que significa cuidados habilitados, instruídos e compassivos para mulheres grávidas, recém-nascidos e famílias ao longo do ciclo da pré-gravidez, gravidez, parto, pós-parto e nas primeiras semanas de vida do recém-nascido.

O exercício da obstetrícia/*midwifery* inclui planejamento familiar e prestação de serviços de saúde reprodutiva. Esclarecem que os serviços prestados pelas obstetrizas/enfermeiras obstétricas são excelentes não apenas em ambientes hospitalares, mas também nas comunidades. Consideram que a atenção fornecida por essas profissionais diferencia de um serviço vertical oferecido como um segmento restrito do sistema de saúde, pois os seus serviços são parte essencial da cobertura universal de saúde. Portanto, a obstetrícia, enquanto exercício de uma prática profissional, tem um papel fundamental, ainda que amplamente negligenciado, a desempenhar na aceleração do progresso para acabar com a mortalidade evitável de mulheres e crianças

O Brasil vem ao longo das últimas décadas buscando implantar e implementar uma série de medidas e ações para reduzir a mortalidade e morbidade maternas e melhorar as condições de saúde e de atenção à mulher. O MS, em parceria com instituições e associações como a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e a Associação Brasileira de Obstetrizas e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), vem trazendo a problemática na pauta de suas discussões e reforçado a necessidade de diminuir as intervenções desnecessárias no gestar e parir e de assegurar uma maternidade sem risco.

Entre as estratégias para o alcance da maternidade segura e a redução das cifras de partos cirúrgicos, o Ministério da Saúde (MS), em 1998, passou a publicar dispositivos no sentido de valorizar o papel da enfermeira obstétrica na assistência ao parto. A publicação da Portaria nº 2.815/98, pelo MS, reforça o papel dessa profissional na assistência obstétrica no momento do parto, quando delibera a inclusão, na tabela de pagamento do SUS, do parto realizado por enfermeira obstétrica.

Com o intuito de aumentar o quantitativo de enfermeiras obstétricas devido à sua escassez no país, o MS, em parceria com as escolas de enfermagem, deu início em 1998 a um movimento para capacitar enfermeiras para realizar o parto normal, por meio de cursos de especialização em enfermagem obstétrica financiados pelo governo federal em todas as regiões do Brasil. Várias profissionais no período de 1998 a 2002 foram formadas por esse programa. No entanto, essa estratégia foi pouco profícua no que diz respeito à inserção dessas profissionais na cena do parto, cujas razões estiveram ligadas a dificuldades tanto de natureza institucional, pessoal e interprofissional na atuação profissional.

O MS lança, em 2011, o programa Rede Cegonha, que visa garantir atendimento de qualidade a todas as brasileiras pelo Sistema Único de Saúde (SUS), desde a confirmação da gestação até os dois primeiros anos de vida do bebê, com atuação integrada às demais iniciativas do SUS para a saúde da mulher, assegurando às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada e com boas práticas e segurança na atenção à gravidez, ao parto e nascimento, ao pós-parto, e às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável (BRASIL, 2011).

Para assegurar um maior comprometimento com a mudança das práticas assistenciais no país, o programa Rede Cegonha apresenta inovação em relação aos serviços oferecidos, que foi estabelecer uma maior proximidade entre o governo federal, estadual e municipal.

E uma das estratégias previstas pela Rede Cegonha para o alcance das mudanças de práticas na atenção materna e neonatal no país é a qualificação dos pro-

fissionais de saúde responsáveis pelo atendimento às mulheres durante a gravidez, o parto e puerpério, bem como a criação de estruturas de assistência, como a Casa da Gestante e a Casa do Bebê, e os Centros de Parto Normal, que deverão funcionar em conjunto com a maternidade para humanizar o nascimento (BRASIL, 2011).

Portanto, o modelo de atenção pretendido pela Rede Cegonha vem romper com o modelo tradicional de cuidado ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério e cuidado às crianças até 2 anos de idade. Centra-se principalmente nas mudanças da atenção à saúde, da gestão, da governança, da cultura e do financiamento. Visa propiciar à mulher a vivência das experiências de gravidez, parto e puerpério com segurança, dignidade e respeito às dimensões social, afetiva e sexual do parto e nascimento e às singularidades culturais, étnicas e raciais (BRASIL, 2011).

Sendo assim, a Rede Cegonha, uma rede integrada de assistência, operacionalizada pelo SUS e fundamentada nos princípios da Constituição Federal, no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), propõe um novo modelo, visando produzir mudança na lógica do cuidado, com oferta de boas práticas de atenção ao pré-natal, parto e nascimento, promoção da saúde infantil e materna, prevenção da morbidade e mortalidade evitáveis, normalidade do processo de parto e nascimento, tendo o parto como evento fisiológico e social, com o protagonismo e estímulo da autonomia da mulher, pautado na responsabilidade ética e no cuidado centrado na mulher, bebê e na família (BRASIL, 2011).

Na perspectiva de atender aos objetivos programáticos e metas da Rede Cegonha, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Departamento de Gestão da Educação (DEGES) do Ministério da Saúde, em 2011, convida um grupo de enfermeiros pesquisadores especialistas em enfermagem obstétrica, com experiência na formação de enfermeiros especialistas na área materna e neonatal, para discutir e analisar o contexto das políticas de saúde/prioridades 2011-2015 > Redes de Atenção > com destaque para a “Rede Cegonha”, na qual estava definida, entre outras, a meta de criação de 250 Casas

de Parto no país para o período. Pretendia-se então promover uma redefinição da função da enfermeira obstetra/obstetiz nos serviços de atenção obstétrica do SUS.

O propósito da primeira reunião foi situar a formação de enfermeiras obstétricas no país, tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo, avaliar a pertinência, possibilidades e viabilidade de criação de um Programa de Especialização em Enfermagem Obstétrica sob a forma de Residência. Entre outros fatores que justificam o interesse do MS por essa modalidade de formação foi por ser a Residência uma estratégia já consagrada de qualificação na área da saúde e apresentar expressivo impacto na fixação profissional, fato de grande relevância na consecução e execução da política nacional de mudança do modelo de atenção materna e neonatal preconizado pela Rede Cegonha.

A partir desse balizamento e inclusão de representantes da Área Técnica da Saúde da Mulher do MS, Conselho Federal de Enfermagem/COFEN, Associação Brasileira de Obstetizadoras e Enfermeiras Obstétricas/ABENFO, Associação Brasileira de Enfermagem/ABEn, Comissão Nacional de Residência Multiprofissional do Ministério de Educação e Cultura/MEC, o Grupo de Trabalho foi se consolidando para:

1. Delinear o panorama da situação da enfermagem obstétrica e serviços de assistência obstétrica e neonatal no país, tomando como referência a experiência das instituições e organizações representadas.
2. Alinhar princípios, aspectos e pontos estruturantes para o Programa Nacional de Especialização em Enfermagem Obstétrica/Residência.
3. Propor encaminhamentos para a sustentabilidade do programa de formação em Enfermagem Obstétrica e promover a mudança do Modelo de Assistência Obstétrica e Neonatal no país.

Diante do panorama traçado da situação da enfermagem obstétrica e serviços de assistência obstétrica e neonatal no país, o Grupo de Trabalho definiu que a proposta que melhor atenderia às metas da Rede Cegonha seria a formação de enfermeiras obstétricas na modalidade de residência. A criação e o desenvolvi-

mento do Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica/PRONAENF justificam-se tendo em vista a constituição de diretrizes e orientações para um programa educacional de Residência para o SUS e dentro da concepção da Rede Cegonha, pois se pretende a formação de um profissional que, em consonância com as linhas de cuidado à mulher, ao recém-nascido e à família, atue com competência no planejamento reprodutivo, na atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério e no período neonatal. Assim, o perfil desse profissional foi traçado como:

“Enfermeira especialista em obstetrícia, na modalidade de Residência, com visão humanista, crítica e reflexiva, pautada na premissa de que a gravidez e nascimento são eventos normais de vida. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde da mulher e do neonato, mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, considerando os aspectos familiares, as dimensões fisiológicas, sociais, culturais, emocionais, éticas e políticas dos seus determinantes. Capaz de atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania”.

É importante salientar que a formação é entendida como um processo de aquisição e de reconstrução de saberes necessários à intervenção social, como uma oportunidade para repensar a própria postura ética e política, para analisar, aprimorar e transformar a prática, como um espaço para partilhar e debater abordagens diferentes, e ocasião privilegiada para gerar questões. Pretende-se ainda contribuir para a busca de respostas a problemas identificados na organização do processo de trabalho em saúde e para a mudança do modelo de atenção pautado nas boas práticas e evidências científicas.

No entanto, diante da realidade brasileira quanto ao tipo de modelo assistencial intervencionista, hegemônico, centrado na figura do médico tão presente nos serviços de atenção obstétrica e neonatal foram identificadas inúmeras barreiras que certamente inviabilizaria o desenvolvimento e sustentação do PRONAENF e possibilidades de mudança do modelo assistencial. Assim, durante a construção do Projeto Político Pedagógico do PRONAENF, foi assumido e incorporado o consenso sobre a necessidade de um

esforço político intenso de abrangência nacional para o aprimoramento da qualificação profissional em saúde, potencializando o compromisso com a cidadania e a educação em saúde articulado, permanentemente, com os avanços científicos e o saber acumulado. A demanda prioritária seria, sobretudo, identificar e propor modalidades concretas de realização e aprimoramento desse processo.

Para tanto, foi acordado encaminhamentos, entre os quais se destacam:

- Apoiar financeiramente **Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica** para enfermeiros que já atuavam nos serviços de assistência obstétrica e neonatal do SUS e não possuem a especialização de forma a acelerar o quantitativo da força de trabalho em enfermagem obstétrica e favorecer a qualificação dos cenários de prática e mudança do modelo assistencial. Considerando a experiência dos candidatos adquirida na área, o curso teria uma carga horária compatível com as exigências e recomendações do MEC para cursos de especialização.
- Apoiar financeiramente **Cursos de Capacitação/Aprimoramento para Enfermeiros Especialistas em Obstetrícia** (enfermeiros obstetras) que estivessem inseridos nos serviços de assistência obstétrica e neonatal do SUS e que poderiam atuar como preceptores (planejar capacitação para preceptor), comprometendo-se com a mudança do modelo de atenção obstétrica e neonatal e consequentemente qualificando os cenários de prática.

A proposta desses cursos reitera a importância da capacitação/aprimoramento de enfermeiras obstétricas que atuam em hospitais/maternidades, de forma a instrumentalizá-las, buscando resgatar e fortalecer sua prática para atuação na assistência ao parto e nascimento, com base na humanização e nas evidências científicas atuais, considerando os preceitos éticos e legais da profissão.

Para o desenvolvimento dos **Cursos de Aprimoramen-**

to para Enfermeiras(os) Obstétricas(os), com enfoque no componente parto e nascimento, da Rede Cegonha – Ministério da Saúde, foram convidadas instituições de ensino superior federais do estado do Rio de Janeiro para coordenar tal processo. A escolha do Rio de Janeiro foi feita por ser considerado um importante polo de capacitação e celeiro na implementação de novas práticas obstétricas nos serviços com atuação ativa e direta de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto.

O objetivo da proposição foi realizar cursos de curto prazo para aprimoramento da assistência ao parto e nascimento por enfermeiras obstétricas de várias instituições de saúde do país, de forma a fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e ao recém-nascido, com foco na melhoria da assistência ao parto e nascimento, na redução de cesarianas desnecessárias e no fortalecimento do trabalho em equipe no modelo colaborativo.

Inicialmente foi proposto a realização de 8 cursos de aprimoramento para 64 enfermeiras obstétricas (oito enfermeiras/curso) que atuem em instituições interessadas na mudança do modelo assistencial e na inserção do enfermeiro obstétrico na assistência ao parto e nascimento.

A compilação dos textos que integram o presente documentário sobre os cursos de Aprimoramento/Qualificação de 2015 a 2019, vivenciados na UFRJ, na Escola de Enfermagem Anna Nery/RJ, objeto da presente obra, seguramente revelará relevantes transformações na realidade dos serviços, na atuação das enfermeiras obstétricas, bem como facetas do cumprimento dos ambiciosos objetivos para melhorar a saúde das mulheres e crianças (ONU, 2016) em alinhamento com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) nos eixos: Sobreviver (acabar com óbitos evitáveis); Prosperar (garantir saúde e bem-estar); e Transformar (expandir ambientes propícios).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Saúde sexual e Saúde reprodutiva/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011. 45p.

CROWE, S.; UTLEY, M.; COSTELLO, A.; PAGEL, C. How many births in sub-Saharan Africa and South Asia will not be attended by a skilled birth attendant between 2011 and 2015? *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012; 12: 4

HORTON, R.; ASTUDILLO, O. 2014. The power of midwifery. *The Lancet*, 2014; 384: 1075-76.

LEAL *et al.* Birth in Brazil: national survey into labour and births. *Reproductive Health*, 2012; 9: 15. Disponível em: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/9/1/15>.

LERBERGHE *et al.*, 2014. Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. *Lancet*, 2014; 384: 1215-25

MACDONALD, M.; STARRS, A. La atención calificada durante el parto. Un cuaderno informativo para salvar la vida de las mujeres y mejorar la salud de los recién nacidos. New York: Family Care Internacional, 2003a.

MACDONALD, M.; STARRS, A. La atención calificada durante el parto. Recomendaciones para política. New York: Family Care Internacional, 2003b.

ONU-Nações Unidas. Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes (2016-2030). Sobreviver. Prosperar. Transformar. Every Woman Every Child. 2016. New York; United Nations. Disponível em: http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/01/EWEC_2016_PT_web.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva: WHO, 2004.

VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M. L.; LEAL, M. C.; MONTEIRO, C. A.; BARROS, F. C.; SZWARCOWALD, C. L. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet*, 2011; 377: 1863-76



Capítulo II

PLANTANDO SEMENTES

O PROJETO DO CURSO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS(AS) OBSTETRAS, COM ENFOQUE NO COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO, DA REDE CEGONHA, RIO DE JANEIRO, BRASIL

Carla Luzia França Araújo¹

Helen Campos Ferreira²

Jurema Gouvêa de Souza³

Hoje, há um consenso da necessidade de intenso esforço de abrangência nacional para o aprimoramento da qualificação profissional em saúde, que potencializa o compromisso com a cidadania e a educação em saúde, articulando-se, permanentemente, com os avanços científicos e o saber acumulado. A demanda prioritária é, sobretudo, identificar e propor modalidades concretas de realização e aprimoramento desse processo.

As bases legais que legitimam as ações do setor saúde (Ministério da Saúde-MS, secretarias estaduais e municipais de saúde) estão expressas no artigo 200, inciso III da Constituição Federal, que estabelece, como uma das atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS), a ordenação da formação de recursos humanos para o sistema. Assim, a efetivação do Sistema impõe a organização e a operacionalização de múltiplos e distintos espaços e processos de trabalho, visando à atenção à saúde derivada dos princípios políticos, filosóficos e operacionais que sustentam o SUS.

O Brasil, como signatário das metas do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), para atingir a meta 5 deverá apresentar Razão de Mortalidade Materna (RMM) igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos (nv) até 2015. A mortalidade materna ainda permanece como um desafio a ser enfrentado. Em 1990, a RMM corrigida era 140 óbitos por 100 mil

nv, enquanto em 2007 houve redução para 75 óbitos por 100 mil nv. Mas a projeção realizada de 2008 até 2015 revelou valores entre 69 e 77 óbitos por 100 mil nv, indicando a dificuldade para cumprimento dessas metas.

Os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde indicam que, entre 1996 e 2006, o percentual de partos hospitalares passou de 96% para 98% no país. Da totalidade de partos ocorridos no território nacional, 76% foram realizados no SUS. A grande maioria foi assistida por profissionais formalmente qualificados, médico (89%) ou enfermeira (8,3%). Apesar da evidência de que as cesarianas estejam associadas ao aumento da mortalidade e morbidade materna e neonatal, não há sinais de que esse procedimento esteja reduzindo.

A mortalidade materna constitui uma severa violação dos direitos reprodutivos das mulheres, considerando que praticamente todas as mortes maternas poderiam ser evitadas.

A Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

¹Enfermeira obstetra, professora associada. Diretora da Escola de Enfermagem Anna Nery-UFRJ; coordenadora do Curso de Extensão de Qualificação para Enfermeiros Obstetras, com enfoque no componente parto e Nascimento – MS.

²Enfermeira, professora associada. Vice-coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal Fluminense – UFF.

³Enfermeira, professora associada. Chefe do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil DEMI – UFRJ.

Assim, em 2011, o Ministério da Saúde lançou a **Rede Cegonha**, uma rede integrada de assistência, operacionalizada pelo SUS e fundamentada nos princípios da Constituição Federal, no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), objetivando um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança, bem como a redução da mortalidade materna e neonatal. Pretende-se nessa linha de cuidado a garantia:

- do acolhimento com classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do PRÉ-NATAL;
- de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- das boas práticas e segurança na atenção ao PARTO E NASCIMENTO;
- da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade;
- da ampliação do acesso ao PLANEJAMENTO REPRODUTIVO.

Nessa perspectiva de ordenação da formação de recursos humanos para a saúde, o paradigma político-assistencial do SUS torna-se um eixo balizador dos projetos de formação profissional, entre eles o de Capacitação de Enfermeiras(os) Obstetras para atuarem de forma ativa no processo de parto e nascimento, com vistas a mudança de modelo da atenção.

A Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde, criada pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, operacionalizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentada nos princípios da humanização e assistência, que busca garantir direitos às mulheres, recém-nascidos e crianças de uma assistência pré-natal de qualidade, transporte para as consultas e para

o parto, garantia de vagas em sua unidade de referência, realização de parto em ambiente seguro, além de atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade.

Ela consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Algumas medidas têm sido consideradas importantes para a melhoria da atenção ao parto e nascimento. Uma delas refere-se à incorporação do(a) enfermeiro(a) obstetra às equipes assistenciais de hospitais/maternidades e/ou dos Centros de Partos Normais como um passo importante para a construção do modelo colaborativo e em consonância com a política da humanização e para a melhoria da qualidade da assistência.

Nesse sentido, reitera-se a importância da capacitação/aprimoramento de enfermeiras obstetras que atuam em hospitais/maternidades, de forma a instrumentalizá-las, buscando resgatar e fortalecer sua prática, para atuação na assistência ao parto e nascimento, com base na humanização e nas evidências científicas atuais, considerando os preceitos éticos e legais da profissão.

O município do Rio de Janeiro, já por muitos anos, vem apresentando um caráter vanguardista no que se refere à assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e pela inserção de enfermeiras obstetras na assistência ao parto e nascimento. Contamos com diversas maternidades onde a enfermeira tem papel definido e atuante na assistência ao parto e nascimento.

Dessa forma, este projeto propôs a realização de cursos de extensão na modalidade qualificação profissional voltado a esse público de interesse, com vista à contribuição da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ para a melhoria da qualidade da assistência oferecida por enfermeiras obstetras em todo o território nacional, com a implantação efetiva das determinações da Rede Cegonha.

Seu objetivo geral foi realizar cursos de extensão na modalidade Qualificação Profissional que visem ao aprimoramento da assistência ao parto e nascimento por enfermeiras(os) obstetras, contribuindo para a melhoria da assistência ao parto e nascimento, na redução de cesarianas desnecessárias e no fortalecimento do trabalho em equipe. E seus objetivos específicos eram:

- Desenvolver a atualização de conhecimentos técnico-científicos, habilidades e atitudes do(a) enfermeiro(a) obstetra para a assistência ao parto e nascimento, em hospitais/maternidades e Centro de Parto Normal no território nacional.
- Instrumentalizar enfermeiros(as) obstetras para assistência no processo de parto e nascimento, considerando os preceitos éticos e legais da profissão e a implementação da Rede Cegonha, com enfoque no componente parto e nascimento, considerando o bem-estar da mulher, recém-nascido e família.
- Fortalecer a atuação dos(as) enfermeiros(as) obstetras e as iniciativas de hospitais/maternidades interessados na mudança do modelo assistencial na atenção ao parto e nascimento através de visita de supervisão *in loco*.

Assim o desenvolvimento do projeto operacionalizou 24 turmas/cursos de aprimoramento para 288 enfermeiras obstetras (12 enfermeiras/curso), que atuavam em instituições interessadas e/ou com a mudança do modelo assistencial e com a inserção do enfermeiro obstetra na assistência ao parto e nascimento.

Como conteúdo, intentou-se o desenvolvimento de competências e habilidades que instrumentalizem o(a) enfermeiro(a) obstetra, buscando resgatar e fortalecer sua prática para atuação na assistência ao parto e nascimento, com base na humanização da assistência e nas evidências científicas atuais, considerando os aspectos éticos e legais da profissão. Política atual de assistência ao parto e nascimento. Rede Cegonha, com foco em um de seus componentes – parto e nascimento. Promoção da melhoria na atenção ao parto e nascimento e no bem-estar da mulher, recém-nascido e família.

Especificamente para participarem do curso os requisitos solicitados foram:

- Atuar em hospitais/maternidades vinculados ao Sistema Único de Saúde.
- Ter disponibilidade para realizar o Curso de Qualificação Profissional: dedicação exclusiva durante o período de realização do curso.
- Estar regularmente inscrito no Conselho Regional de Enfermagem.
- Apresentar diploma de Graduação em Enfermagem.
- Apresentar certificado/declaração de conclusão de especialização em Enfermagem Obstétrica.
- Apresentar documento assinado pela(o) participante constando: interesse em participar do Curso de Qualificação Profissional, bem como compromisso com as atividades propostas.
- Apresentar documento formal da direção da instituição de origem constando: interesse na participação da(o) enfermeira(o) para realização do Curso de Qualificação Profissional e liberação, em regime de dedicação exclusiva, durante o período de afastamento para realização do curso.

Os cursos foram realizados em instituições selecionadas como campo de prática definidas em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que tem implantado o modelo do parto humanizado e possibilitou o desenvolvimento de habilidades e competências das enfermeiras obstetras na assistência direta ao parto e nascimento.

O período de realização foi entre março de 2014 e outubro de 2019.



A primeira turma ficou marcada na memória.

PONTOS FUNDAMENTAIS



O curso era composto de atividades teóricas e práticas. As atividades práticas foram desenvolvidas nos cenários de centro obstétrico/Centro de parto natural/Admissão – Acolhimento no Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda e Hospital da Mulher Mariska Ribeiro. Além disso, foi realizada visita técnica na Casa de Parto David Capistrano Filho. As atividades práticas foram supervisionadas por enfermeiras que atuam nos campos de prática (preceptoras e tutoras).

A carga horária foi assim distribuída:

120 horas – 10 plantões de 12 horas

24 horas – 3 dias de 8 horas para discussão teórica e teórico-prática

As metodologias ativas aplicadas foram: pré-teste cognitivo, rodas de conversas de socialização, dinâmica do “laço e abraço”, apresentação da Rede Cegonha Carioca, reflexão sobre gestão e formação de pessoas;

resgate da formação do(a) enfermeiro(a) obstetra; dramatizações sobre o cotidiano assistencial; reflexão de práticas e modelos assistenciais com *fishbowl*; aplicação da planilha de Groove; construção de plano de ação no modelo 5W2H; tecnologias de cuidado não farmacológicas para alívio da dor, aromaterapia; pós-teste cognitivo; planejamento estratégico para implementação na unidade de origem; avaliação individual e em grupo com os gestores das unidades e preceptores; encerramento com a reflexão “plantando sementes”.



Hospital da Mulher Mariska Ribeiro.



Casa de Parto David Capistrano Filho.

Quanto às atividades teóricas, ocorreram nas dependências da Escola de Enfermagem Anna Nery.



Atividades teóricas na Escola de Enfermagem Anna Nery.



Atividades teórico-práticas na Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda com a preceptora Vivianne.

Nos cenários de prática, os grupos passaram pelos seguintes setores:



Grupo para a alta – Hospital da Mulher Mariska Ribeiro.



Classificação de risco – Módulo Transporte da Rede Cegonha.

Atividades de grupo:



CPN do Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda.



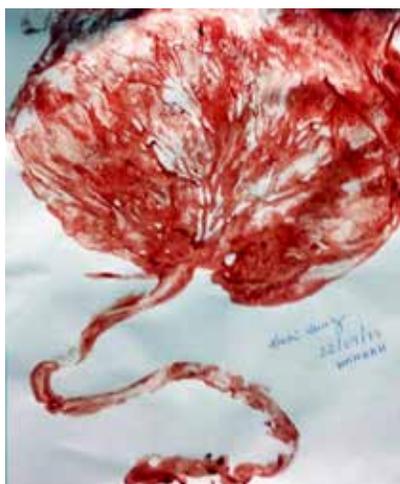
Chá de parto – Casa de Parto.



CPN no Maria Amélia Buarque de Holanda. A tutora Danielle passando as rotinas do setor.



Integração de residentes e enfermeiras(os) que fizeram o curso.



Árvore da vida – uma lembrança a mais.



CPN do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro.



Casa de Parto David Capistrano Filho – a certeza de que podemos fazer diferente e com segurança.

No último dia do curso, foram realizadas atividades de construção de um plano de ação para a implementação das atividades vivenciadas nas unidades de saúde de origem. Foi recomendado que o desenvolvimento do plano de ação fosse conduzido em colaboração com os apoiadores temático e institucional da Rede Cegonha e realizado em conjunto com os profissionais da instituição interessada, instituições de ensino e ABENFO, além dos respectivos CORENs. Nesse plano de ação, utilizamos a ferramenta 5W2H.

Ação (o que?)	Resultado Esperado (por que?)	Responsável (quem?)	Como (como?)	Onde (onde?)	Prazo (quando?)	Recursos (quanto custa?)
1. -						
1. -						
1. -						
1. -						
1. -						
1. -						

Instrumento para elaboração do Plano de Ação.

Após o retorno à unidade, o plano idealizado foi implementando com ênfase em práticas humanizadas na assistência ao parto e nascimento.

O curso em tela é uma ação de extensão universitária e foi registrado na Pró-Reitoria de Extensão – PR5 da UFRJ. Foi aprovado em todas as instâncias da UFRJ, fato que possibilitou a certificação de todos os participantes ao término de cada curso.

Quadro por estados das unidades hospitalares que enviaram representantes ao curso		
Estado	Cidade	Unidades de Saúde
1. Acre (12)	Cruzeiro do Sul (4)	- Hospital da Mulher e da Criança do Juruá – HMCI (4)
	Rio Branco (8)	- Obras Sociais – Diocese de Rio Branco (Hospital Santa Juliana) (5) - Maternidade Bárbara Heliodora (2) - Universidade Federal do Acre (1)
2. Alagoas (6)	Arapiraca (4)	- Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho (3) - Maternidade Santa Olímpia (1)
	Inhapi (1)	- Maternidade Escola Santa Mônica (1)
	Maceió (1)	- Maternidade Escola Santa Mônica (1)
3. Amapá (6)	Macapá (4) Santana (2)	- Hospital da Mulher Mãe Luzia (2) - Universidade Federal do Amapá (1) - UNIFAP (1) - Hospital Estadual de Santana (2)

4. Amazonas (12)	Manaus (11)	- Maternidade Balbina Mestrinho (2) - Maternidade Ana Braga (SUSAM) (2) - Maternidade de Referência da Zona Leste Ana Braga (2) - Instituto da Mulher Dona Lindu (5)
	Manacapuru (1)	- Maternidade Balbina Mestrinho (1)
5. Bahia (36)	Lauro de Freitas (2)	- Maternidade Referência Prof. José Magalhães Netto (2)
	Salvador (14)	- Maternidade Tsylla Balbino (SESAB) (1) - Maternidade Referência Prof. José Magalhães Netto (5) - Maternidade Climério de Oliveira (6) - Maternidade Dulcineia Moinho/Hospital Geral Roberto Santos (2)
	Eunápolis (2)	- Hospital Regional de Eunápolis (2)
	São Félix (1)	- Santa Casa da Misericórdia São Félix (1)
	Juazeiro (5)	- Hospital Materno Infantil (1) - Maternidade Municipal de Juazeiro (4)
	Bom Jesus da Lapa (3)	- Maternidade Municipal Carmela Dutra (3)
	Porto Seguro (5)	- Hospital Dep. Luís Eduardo Magalhães (5)
	Barreiras (3)	- Hospital do Oeste/Ass. Obras Sociais Irmã Dulce (2) - Hospital da Mulher (1)
Cruz das Almas (1)	- Santa Casa da Misericórdia Cruz das Almas – HNSB (1)	
6. Ceará (17)	Fortaleza (14)	- Hospital Geral Dr. César Cals – SESA – Secretaria de Saúde do Estado do Pará (3) - Hospital da Mulher e da Criança Eneida Soares de Souza (1) - Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC (2) - Hospital Geral de Fortaleza (1) - Hospital São Camilo d'Ars (2) - Hospital Nossa Senhora da Conceição (2) - Hospital Maternidade José Martiniano de Alencar (2) - Hospital Distrital Gonzaga Mota (1)
	Tauá (2)	- Hospital Dr. Alberto Feitosa Lima (2)
	Eusébio (1)	- Hospital Municipal Dr. Amadeu Sá (1)
7. Distrito Federal (3)	Brasília (1)	- Secretaria do Estado de Saúde. Hospital Regional de Sobradinho (1)
	Gama (2)	- Secretaria de Saúde do DF – SES – DF (2)

8. Espírito Santo (5)	São Mateus (1)	- Hospital Maternidade São Mateus (1)
	Colatina (1)	- Hospital Maternidade São José (1)
	Vitória (3)	- Santa Casa de Misericórdia de Vitória – Unidade Pró-Matre (1) - Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes (2)
9. Goiás (7)	Aparecida de Goiânia (1)	- Hospital Materno Infantil (1)
	Goiânia (4)	- Hospital Maternidade D. Iris (1) - Hospital Estadual e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (2) - Hospital Maternidade Dona Iris (1)
	Ceres (1)	- Hospital São PIO X (1)
	Iporá (1)	- Hospital Municipal de Iporá (1)
10. Maranhão (37)	Buriticupu (6)	- Hospital Municipal Pedro Neiva de Santana (1) - Centro de Parto Normal Maria Nazaré Rodrigues (5)
	Caxias (2)	- Maternidade Carmosina Coutinho (2)
	Balsas (1)	- Hospital Regional de Balsas/Instituto Acqua (1)
	Alto Alegre do Maranhão (2)	- Hospital Geral do Alto Alegre do Maranhão (2)
	Coelho Neto (1)	- Hospital Municipal e Maternidade de Coelho Neto (1)
	São Luís (10)	- Maternidade Benedito Leite (4) - Hospital Municipal de São José Ribamar (2) - Maternidade Marly Sarney (1) - Maternidade Maria do Amparo (1) - Maternidade Nossa Senhora da Penha (2)
	Timbiras (2)	- Hospital Geral de Timbiras (2)
	Itapecuru-Mirim (2)	- Hospital Regional Adélia Matos Fonseca (2)
	Colinas (1)	- Maternidade Humberto Coutinho (1)
	Barreirinhas (1)	- Hospital Regional de Barreirinhas (1)
	Barra do Corda (1)	- Hospital Materno Infantil de Barra do Corda (1)
	Amarantos (1)	- Hospital São José de Ribamar (1)
	Imperatriz (7)	- Hospital Regional Materno Infantil (7)
11. Mato Grosso (10)	Cuiabá (8)	- Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Cuiabá (HGU) – Hospital Geral Universidade Cuiabá (3) - Hospital Universitário Júlio Müller (4) - Sociedade Beneficente Hospital Santa Helena (1)
	Rondonópolis (1)	- Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de Rondonópolis (1)
	Várzea Grande (1)	- Pronto Socorro de Várzea Grande (1)

12. Mato Grosso do Sul (12)	Dourados (7)	- Hospital Universitário da Grande Dourados – HU-UFGD (4) - Missão Evangélica Caiuá/Hospital e Maternidade Porta da Esperança (2) - UFGD – EBSERH (1)	
	Campo Grande (5)	- Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (2) - Associação de Amparo à Maternidade e à Infância (Maternidade Cândido Mariano) (3)	
13. Minas Gerais (7)	Belo Horizonte (2)	- Hospital Risoleta Tolentino Neves (2)	
	Guanhães (4)	- Associação de Caridade Nossa Senhora do Carmo (1) - Hospital Regional Imaculada Conceição (3)	
	Pouso Alegre (1)	- Hospital das Clínicas Samuel Libânio (1)	
14. Pará (6)	Belém (3)	- Hospital Regional Dr. Abelardo Santos (1) - Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (1) - Santa Casa de Misericórdia (1)	
	Ananindeua (1)	- Fundação Santa Casa da Misericórdia do Pará (1)	
	Breves (1)	- Hospital Regional Público do Marajó (1)	
	Redenção (1)	- Hospital Dr. Pedro Paulo Barcaui – Materno Infantil (1)	
15. Paraíba (8)	João Pessoa (4)	- Instituto Cândida Vargas (2) - Maternidade Frei Damião (2)	
	Campina Grande (1)	- Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – ISEA (1)	
	Cajazeira (2)	- Maternidade Dr. Deodato Cartaxo – Anexo Hospital Regional de Cajazeiras (2)	
	Patos (1)	- Maternidade Dr. Peregrino Filho (1)	
16. Paraná (2)	Curitiba (2)	- Centro Médico Comunitário Bairro Novo (1) - Maternidade Mater Dei – HNSG (1)	
17. Pernambuco (22)	São Lourenço da Mata (1)	- HMPC – Hospital Maternidade Petronila Campos (1)	
	Recife (13)	- Maternidade Professor Bandeira Filho (2) - Hospital e Maternidade de Abreu e Lima (1) - Hospital Agamenon Magalhães (3) - Instituto Materno Infantil de Pernambuco (1) - Policlínica e Maternidade Professor Arnaldo Marques (1) – Maternidade Professor Barros Lima (Prefeitura de Recife) (1) - Centro Integrado Amaury de Medeiros (Universidade de Pernambuco) (2) - Hospital Barão de Lucena (1)	
		Camaragibe (2)	- Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (1) - Maternidade Professor Arnaldo Marques (1) - HMPC – Hospital Maternidade Petronila Campos (1)
		Limoeiro (3)	- HMPC – Hospital Regional do Limoeiro José Fernandes Salsa (3)
		Afrânio (2)	- Maternidade Municipal Maria Coelho Cavalti Rodrigues (2)
		Caruaru (1)	- Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – Hospital Jesus Nazareno (1)

18. Piauí (4)	Florianópolis (2)	- Hospital Regional Tibério Nunes/SESAPI (2)
	Parnaíba (2)	- Hospital Estadual Dirceu Arcoverde – Centro de Parto Normal (2)
19. Rio de Janeiro (27)	Rio de Janeiro (13)	- Maternidade Escola da UFRJ (3) - Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (1) - Maternidade Leila Diniz (Hospital Municipal Lourenço Jorge) (2) - Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda (1) - Hospital Maternidade Carmela Dutra (2) - Hospital Maternidade Alexander Fleming (4)
	Mesquita (2)	- Hospital Estadual da Mãe de Mesquita (2)
	Niterói (1)	- Maternidade Municipal Alzira Reis Vieira Ferreira (1)
	São Gonçalo (3)	- Hospital Dr. Luiz Palmier (3)
	Angra dos Reis (1)	- Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Angra dos Reis (1)
	Itaperuna (1)	- Secretaria de Estado de Saúde – NDVS – Nordeste (1)
	Paraíba do Sul (1)	- SMS de Paraíba do Sul (1)
	Santo Antônio de Pádua (1)	- Fundação José Kezen – Hospital Municipal Hélio Montezano de Oliveira (1)
	Cabo Frio (1)	- Hospital Municipal da Mulher (1)
	Resende (3)	- Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Resende (3)
20. Rondônia (7)	Ariquemes (3)	- Centro de Parto Normal – Esmeralda Evangelista da Silva (3) - Prefeitura Municipal de Arquimedes – SESAU/CPM (1)
	Vilhena (2)	- Hospital Regional de Vilhena (2)
	Porto Velho (2)	- Centro Obstétrico – Hospital Base (1)
21. Roraima (2)	Boa Vista (1)	- Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth/Secretaria de Estado de Saúde – SESAU (1)
	Pacaraima (1)	- Hospital Délio de Oliveira Tupinambá (1)
22. Rio Grande do Norte (3)	Parnamirim (1)	- Hospital Universitário Ana Bezerra (1)
	Natal (2)	- Maternidade Leide Morais (2)
23. Rio Grande do Sul (1)	Porto Alegre (1)	- Grupo Hospitalar Conceição (Hospital Fêmeina) (1)

24. Santa Catarina (12)	Joinville (6)	- Maternidade Darcy Vargas (6)
	Xanxerê (2)	- Hospital Regional São Paulo (2)
	Florianópolis (2)	- Maternidade Carmela Dutra (2)
	Lajes (2)	- Hospital Tereza Ramos – SES de Santa Catarina (2)
25. São Paulo (8)	Itapetininga (2)	- Hospital Regional da Itapetininga (1) - Santa Casa de Misericórdia de Itapetininga (1)
	Jacareí (2)	- Hospital São Francisco (2)
	São José dos Campos (4)	- Santa Casa da Misericórdia de São José dos Campos (4)
26. Sergipe (6)	Aracaju (6)	- Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (2) - Universidade Federal do Sergipe (3) - Maternidade Zacarias Júnior (Lagarto) (1)
27. Tocantins (2)	Palmas (2)	- Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins (SESAU) Hospital e Maternidade Dona Regina (2)

Total concluintes: 278

Total ouvintes: 10

Total de enfermeiras obstetras: 288

Após a conclusão das atividades teóricas e práticas no Rio de Janeiro, foi enviado instrumento de acompanhamento das ações implementadas nos serviços de origem. Os instrumentos foram preenchidos pelos enfermeiros e remetidos para a coordenação do curso.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL
Qualificação de Enfermeiras Obstétricas - Rede Ceçonha/MS

UNIDADE DE SAÚDE:

ESTADO:

Enfermeira(s):

Local de trabalho:

Problema 1:

Ação	Resultado Esperado	Resultado Alcançado	Facilidades encontradas	Dificuldades encontradas
1-				

Problema 2:

Ação	Resultado Esperado	Resultado Alcançado	Facilidades encontradas	Dificuldades encontradas
1-				

Problema 3:

Ação	Resultado Esperado	Resultado Alcançado	Facilidades encontradas	Dificuldades encontradas
1-				

Instrumento de avaliação pós-curso.

Com esse acompanhamento, foi possível apoiar e assessorar as(os) enfermeiras(os) capacitadas(os) em possíveis dificuldades remanescentes para sua inserção na prática e apoiar na elaboração do plano de ação com vistas à continuidade do processo de capacitação. Para tanto, também foi criado um grupo por turma no WhatsApp, no qual foi mantida a interlocução entre preceptores, tutores, enfermeiras(os), professores e coordenação do curso.

Além desse instrumento, enviamos um questionário de avaliação que possibilitou a livre expressão dos participantes e favoreceu a manifestação sobre pontos que não foram contemplados no plano de ação, assim como sobre a importância do estabelecimento de rede de contato e sugestões para a continuidade do projeto.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL Qualificação de Enfermeiras Obstétricas - Rede Cegonha/MS
Unidade de Saúde:	
Estado:	Município:
Enfermeira(o):	
Contato:	
e-mail:	TEL:
Turma que realizou o curso:	
Atualmente, qual o setor que está atuando?	
Questões:	
1 - Após realizar o Curso de Qualificação, você obteve alguma mudança na sua forma de cuidar de mulheres e bebês, na sua rotina profissional? Quais foram as mudanças que você implementou em sua prática profissional na assistência ao parto e nascimento após o curso?	
2 – Quais foram os pontos principais no curso que levaram você a mudar sua prática na assistência ao parto e nascimento após o curso?	
3 – Realizou outros cursos com esta temática? Se sim: Quantos? Quais? Onde?	
4 – Conseguiu implementar as ações que propôs em seu plano de ação? Caso não, o que impossibilitou? Quais foram as principais dificuldades?	
5 – Qual foi a principal diferença em seu serviço, em relação ao período antes de fazer o curso e atualmente?	
6 – Você ainda mantém contato com os seus colegas de turma? Como é feito este contato? Em que este contato te ajuda na prática obstétrica?	
7 – Quer fazer alguma sugestão??	
Data: __/__/__	

Questionário de avaliação.



Capítulo III

**COLHENDO RESULTADOS: A FLORESCÊNCIA
PELAS REGIÕES DO BRASIL**

Região Norte



MATERNIDADE BÁRBARA HELIODORA, RIO BRANCO (AC) – BRASIL

Zilomar Santos de Freitas¹

Trabalho nesta instituição desde 1981. Iniciei como auxiliar de enfermagem e exerci a função de parteira. Logo após, comecei a faculdade de Enfermagem pela Universidade Federal do Acre (UFAC) e, quatro anos após a finalização da graduação, fiz a especialização em Enfermagem Obstétrica, também pela universidade supracitada.

Sempre fui uma profissional focada na assistência à mulher no parto. No entanto, era prazeroso fazer episiotomia e episiorrafia, pois tinha a percepção de que o nascimento era mais “fácil” e que os danos ao períneo eram mínimos, evitando traumas futuros. Na época, praticava a violência obstétrica sem perceber.

Todos os bebês eram encaminhados ao berçário. Em média, 25 a 30 recém-nascidos permaneciam longe da mãe por pelo menos 24 horas. O banho ocorria logo após o nascimento e as vacinas não eram administradas.

A instituição não tinha cartório, UTI e UCI neonatal. Os profissionais pediatras e ginecologistas/obstetras não cumpriam carga horária, trabalhavam somente em sobreaviso, ou seja, somente quando solicitado. Cada setor era responsável por preparar seu material para esterilizar e era incomum histórias de infecções no pós-parto, pois a antibioticoterapia profilática era rotina.

A partir de 2015, teve início o Curso de Aprimoramento de Enfermeiros Obstetras no Rio de Janeiro. Duas profissionais da Maternidade Bárbara Heliodora foram contempladas e trouxeram inovações, tais como métodos não farmacológicos para alívio da dor, direitos

da parturiente a ter acompanhante, contato pele a pele, aleitamento materno na primeira hora de vida, clampeamento oportuno do cordão, oferecendo o corte ao acompanhante. Nesse mesmo ano, realizei o referido curso, agregando também outras tecnologias de cuidado, como parto e nascimento de placenta em *hands off*, direito do acompanhante em receber o bebê.

Atualmente o berçário foi substituído pelo sistema de alojamento conjunto (ALCON) e as enfermeiras obstetras conquistaram o direito de realizar a classificação do risco obstétrico, assistir o parto de risco habitual, bem como avaliar o RN de parto eutócico, prescrever o parto e dar os encaminhamentos da sala de parto ao ALCON. Anualmente é realizado também o curso de reanimação neonatal para atualizar os profissionais.

O Centro de Parto Normal (CPN) tem seis quartos e três banheiros conjugados, sendo que um deles comporta uma banheira. No entanto, não temos ainda materiais apropriados para realização de parto na água. A banheira está sendo utilizada de outras maneiras, como a imersão em água morna para promover relaxamento.

No período expulsivo, usamos o óleo de castanha para lubrificar o períneo e diminuir a incidência de lacerações perineais. A episiotomia não é mais uma prática de rotina. Deve-se frisar também a importância da MBH como hospital-escola, com a presença das residências médicas e de enfermagem obstétrica.

Por carência de médico obstetra, há um médico que atua ao mesmo tempo no Centro Cirúrgico e no PPP, o

¹Enfermeira obstetra assistencial

que leva o enfermeiro obstetra a realizar os partos de alto risco diante da ausência do médico obstetra, bem como acompanhar o residente médico na realização de partos na ausência do seu preceptor. Isso nos traz confiança e segurança a esse acompanhamento, obtendo o reconhecimento de que o enfermeiro tem um grau de segurança na assistência que oferece às parturientes. Tal atitude nos leva a melhorar muito nosso aprimoramento, levando os residentes a executar partos de forma humanizada e com menos intervenções, o que aumentou a confiança profissional entre médicos e enfermeiros, o que causa menos constrangimento entre equipe e parturiente.

As parturientes de baixo risco são vistas pelos enfermeiros de 4 em 4 horas, avaliando-as pela descida do feto. Fazemos ausculta fetal de 1 em 1 hora. Dependendo da necessidade, fazemos o toque obstétrico antes, detectando alterações na situação da paciente ou aumento das contrações.

Recentemente foi criada a sala Doce Espera, ambiente aconchegante, acolhedor, para a cliente que ainda não entrou em trabalho de parto, chegando ao PPP com no mínimo 6 cm de dilatação. Então começamos o uso de tecnologias como banho morno, aromaterapia, bola, cavalinho, 4 apoios, musicoterapia, penumbra até a realização do parto. Como não dispomos de profissionais para esse tipo de trabalho, orientamos os acompanhantes para que façam massagem, acompanhamento ao banho morno e outras situações.

Ainda temos muitos problemas com clientes e acompanhantes que tiveram bebê há 5 ou 6 anos, que questionam por que não rompemos a bolsa das águas, por que não administramos ocitocina. Aí temos que esclarecer que essas práticas são consideradas violências obstétricas, que o RN tem a hora de nascer. Muitas aceitam, mas outras não, pois a dor do parto para algumas é crucial, chegando a solicitar analgesia de parto para que suportem a dor das contrações. Antes, a rotina era uso de ocitocina para aceleração do parto. Atualmente usamos somente em caso de trabalho de parto prolongado, bolsa rota sem evolução da dilatação, mecônio, sofrimento fetal no período expulsivo, feto morto, más-formações incompatíveis com a vida e outras patologias.

Quanto aos trabalhos de parto prematuro com bolsa íntegra, não ocorre amniotomia nem exame obstétrico, a não ser que apresente risco de vida ao RN.

Em caso de parto prematuro ou outra situação de risco, o pediatra entra na sala de parto para recepcionar o RN e prestar a devida assistência. A sala de reanimação é acoplada ao PPP. Temos todas as condições para reanimação e colocamos nessa sala o acompanhante para que veja o atendimento dedicado ao RN para que não pense que houve falta de assistência.

A parturiente permanece por uma hora no PPP até que complete o período de Greenberg, o RN seja avaliado e os cuidados de rotina sejam feitos. Após esse período, ela é transferida para o ALCON com a segurança de que mãe e bebê estão bem.

Em caso de hemorragia puerperal, conforme protocolo, temos uma maleta de urgência onde há o necessário para a solução dessa intercorrência com segurança. Nesse caso, a cliente só será transferida para o ALCON após a estabilização do quadro.

Em situações em que a parturiente não aceite seu RN, acionamos consulta psicológica, serviço social e conselho tutelar.

Ainda contamos com a inserção de DIU pós-parto e acompanhamento. A cliente sai com pedido de USG e sua consulta agendada. Os RNs de mães portadoras de hepatite B só saem do PPP quando recebem a imunoglobulina. O cordão umbilical é cortado imediatamente, como no caso de portadoras de HIV. Em caso de HIV, a cliente leva o leite (fórmulas) necessário até o 6º mês de vida. O cônjuge recebe orientações, bem como solicitações de exames.

As clientes carentes que não têm roupas para o bebê recebem da instituição um *kit* para ele. Nossa instituição oferece assistência adequada para o binômio mãe-filho.

O RN sai com a primeira consulta agendada com o pediatra da atenção primária. Se tiver má-formação congênita, já sai com consulta realizada e encaminhada pelo geneticista para o serviço especializado.

Em caso de clientes indígenas, temos enfermarias adequadas de acordo com sua tradição na tribo, rede,

comidas típicas. Os acompanhantes ficam à vontade para realização de costumes caseiros e orações, rituais que devem ser respeitados. Geralmente as indígenas aderem ao parto no chão, de cócoras, sempre respeitamos seus rituais.

Em caso de RN com mecônio, nem sempre são aspirados, depende das condições de vitalidade.

Hoje contamos com o apoio do nosso diretor Dr. Wagner Camelo Bacelar – diretor-geral do SASMC, da Dra. Silvia Helena de Araújo Carneiro Silva – gerente assistencial, Dr. Antônio Carlos Alves Barroso – diretor técnico; enfermeira Jorgeane Melo de Almeida Nascimento – gerente de Enfermagem, e outros colaboradores, como setor de estatística, enfermeiros obstetras e técnicos de enfermagem. Na realidade, nenhum médico da instituição participou de curso de parto humanizado, mas aderiram através dos enfermeiros obstetras, consolidam nossas atitudes e as seguem. Como enfermeira obstétrica, me sinto angustiada quando tenho que realizar algum procedimento que entendo como violência obstétrica.

ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS QUE FIZERAM O APRI-MORAMENTO:

Todos que realizaram o curso são enfermeiras assistenciais:

- Zilomar Santos de Freitas
- Maria Soares Ribeiro Gomes
- Ana Claudia Rolim de Paiva de Souza (atualmente é coordenadora do CPN)
- Katiana Pacífico Bezerra
- Valerya Maria França de Souza
- Elisangela Ferreira Holanda
- Jorgeane Melo de Almeida Nascimento (atualmente é gerente de Enfermagem)

RESULTADOS DOS INDICADORES:

N	INDICADOR	Resultado e Pontuação					
		2016		2017		2018	
1	Taxa de cesárea	49,88%	5	49,17%	5	45,27%	5
2	Apgar > 7 no 5º minuto	96,43%	10	96,43%	10	97,28%	10
3	Contato imediato pele a pele efetivo e aleitamento materno na 1ª hora de vida	74,81%	10	76,13%	5	83,41%	10
4	Mulheres com quadro de abortamento que utilizaram AMIU	30,37%	5	52,89%	10	27,22%	5

N	INDICADOR	Resultado e Pontuação					
		2016		2017		2018	
5	Manejo das situações de abortamento garantindo espaço protegido para as mulheres durante a internação	SIM	10	SIM	10	SIM	10
6	Taxa de episiotomia	4,16%	0	1,56%	10	1,76%	0
7	Percentual de Parto em posição não supina	62,53%	10	59,30%	10	56,87%	10
8	Acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o período de internação	87,43%	10	100,00%	10	92,07%	10

N	INDICADOR	Resultado e Pontuação					
		2016		2017		2018	
9	Ambiência adequada à RDC 36 (Bloco Obstétrico e PPP) ou projeto de adequação da área física com cronograma de execução	SIM	10	SIM	10	SIM	10
10	RN com acompanhante na UTI e UCI	100%	10	100%	10	100%	10
11	Gestão participativa e compartilhada na Unidade materna e infantil	100%	10	100%	10	?	10
12	Participação da maternidade no Fórum Perinatal	100%	10	100%	10	?	10

N	INDICADOR	Resultado e Pontuação					
		2016		2017		2018	
13	Número de telefone registrado na AHH válido	100%	10	100%	10	100%	10
14	Educação Permanente em Boas Práticas da atenção obstétrica e neonatal	70%	10	100%	10	100%	10
15	Percentual de registro de internações no Sispernatal web	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE PONTOS		120		130		120	

N	INDICADOR	Resultado e Pontuação					
		2016		2017		2018	
16	Serviço de atenção à mulheres em situação de violência sexual	SIM	5	SIM	5	SIM	5
17	Serviço de interrupção da gravidez prevista em lei em funcionamento	2	5	6	5	2	5
18	Registro Civil do RN Implantado na maternidade	0	28,82%	0	33,56%	0	
19	Título de Hospital Amigo da Criança	SIM	5	SIM	5	SIM	5
TOTAL DE PONTOS		15		15		15	
TOTAL GERAL DE PONTOS		135		45		35	

Tipos de Partos	2016	2017	2018
Partos Normais	2.762	2.813	2.966
Partos Realizados por Enfermeiros	1.478	1.476	1.508
Partos Cesária	2.749	2.721	2.552
Total	6.989	7.010	7.026

Desempenho das Metas dos Indicadores Essenciais da Rede Cegonha das Maternidades do Acre 2016.

NÚMERO DE LEITOS:

- Clínica Geral – 1
- Neonatologia – 10 UCI e 10 UTI
- UTI Pediátrica – 10
- Isolamento – 1
- Obstétrica Cirúrgica – 48
- Clínica – 28
- Pediatria Clínica – 4

SERVIÇOS OFERECIDOS:

- Acolhimento com classificação de risco
- Observação
- Sala Doce Espera
- Estabilização
- Ambulatório de pré-natal de alto risco
- Ambulatório de inserção de DIU
- Enfermaria de patologias obstétricas / Banco de Leite
- Serviço de psicologia
- Serviço Social
- Fisioterapia
- Centro Cirúrgico
- Centro de Parto Normal
- Alojamento Conjunto
- Semi-intensivo e isolamento materno
- UCI e UTI NEO com 10 leitos cada
- Mãe Canguru
- Coruja
- Casa de Bárbara (apoio a mães que estão de alta, mas os bebês permanecem na UTI)
- Nutrição e Dietética
- Cartório
- Sala de Vacina
- Teste do pezinho
- Regulação de Leitos

Colaboradores de montagem deste material

- Enfermeira obstetra Ana Claudia Rolim de Paiva de Souza (coordenadora do CPN)
- Residente de Enfermagem Obstétrica Walber Nascimento de Carvalho
- Residente de Enfermagem Obstétrica Natan Lima Ossami
- Residente de Enfermagem Obstétrica Eveline Penedo da Silva



Colaboradores na Entrada da Maternidade.



Orientação a parturientes sobre exercícios e métodos não farmacológicos para alívio da dor.



Investimento na infraestrutura e ambiência.



Trabalhando o cônjuge sobre os exercícios na bola.



Pai recebendo o próprio filho.



Contato pele a pele – formação do vínculo familiar.



Sala Doce Espera.



Nossa equipe multiprofissional, da direita para a esquerda: enfermeira Ana Claudia, coordenadora do CPN; enfermeira Xiloma, enfermeira obstétrica; Dr. Wagner Bacelar, médico obstetra e diretor-geral; Dr. Jean, médico obstetra, plantonista do dia; enfermeira Jorgina, enfermeira obstétrica e gerente de enfermagem; técnica Sandra, da sala Doce Espera; enfermeira Viviane, residente em Enfermagem Obstétrica; Walber, residente em Enfermagem Obstétrica; enfermeira Maria Soares, enfermeira obstétrica na Sala Doce Espera.



Sala de Observação.



Contato entre mãe e bebê no período pós-parto.



Quadro de orientações a gestantes sobre nossa missão.

MATERNIDADE ANA BRAGA – MANAUS (AM) – BRASIL

Edilson Silva de Albuquerque¹
Maria Auxiliadora Pires Pond²



Maternidade Ana Braga – Manaus (AM).

MATERNIDADE DE REFERÊNCIA DA ZONA LESTE ANA BRAGA – MANAUS (AM)

A Maternidade de Referência da Zona Leste Ana Braga foi inaugurada em 10/5/2004. Unidade gestora ligada à Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, situada na Alameda Cosme Ferreira, s/nº, São José, com capacidade instalada de 256 leitos e com média do número de nascimentos de 800 partos/mês – cesarianas: 46% –, referência em todo o estado de partos de alto risco e prematuridade.

Os serviços oferecidos na maternidade são:

- Método Canguru: são realizadas 3 etapas.
- IHAC – Hospital Amigo da Criança credenciado – 27/4/2005.
- Projeto Nascer – identifica mães HIV positivo e seus filhos durante e após o nascimento.
- Palivizumabe – para a prevenção da infecção grave associada ao vírus sincicial respiratório em crianças prematuras, conforme protocolo de uso elaborado pelo Ministério da Saúde.
- Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia conveniada com a UEA.
- Residência Médica em Pediatria conveniada com a UEA.
- Residência Multidisciplinar em Enfermagem (Obstetrícia e Neonatologia, UTI Neo conveniada com a UEA e UFAM).
- AMIU – Aspiração Manual/Intrauterina: abortamento espontâneo, curetagem semiótica.
- Rede de Apoio à Contracepção: Planejamento Reprodutivo (laqueadura tubária e inserção de DIU);
- Triagem Auditiva Neonatal (teste de orelhinha): possibilita a detecção precoce da surdez em recém-nascidos.
- Teste do olhinho.
- Teste do coraçãozinho.
- Teste do pezinho.
- Teste da linguinha.
- Imunização: administração de vacinas.

¹Enfermeiro obstetra assistencial (gerente das maternidades municipais no período de 2017 a 2018)

²Enfermeira obstetra assistencial

- CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
- Pai não é visita.
- Programa “Não sou visita, sou filho”, no qual os filhos das mães internadas na unidade podem conhecer o novo membro da família na maternidade. Visita das avós nas UTINs/UCINCo: humanização do atendimento.
- Banco de Leite Humano do Amazonas.
- Posto de Coleta de Leite Humano (PCLH): ordenha, armazenamento e distribuição.
- Doulas (mulheres que servem outras mulheres).
- Meu filho é cidadão: serviço de cartório em parceria com a Secretaria de Estado de Assistência Social.
- Vinculação da gestante: parceria com o Distrito de Saúde Leste – DISA Leste.
- Fisioterapia para grávidas – Rodas de Conversas com Equipe Multidisciplinar.
- Ouvidoria.
- Estratégia Qualineo.
- Ápice On: aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia.
- Causa Raiz: discussão com equipe multidisciplinar sobre a ocorrência de óbitos maternos.
- Serviço de Atendimento a Vítimas de Violência Sexual (**SAVVIS**).
- Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (**PGRSS**).
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (**CIPA**).

A maternidade é a maior da Rede Estadual de Saúde e oferece serviços essenciais e de apoio, que incluem desde a Unidade de Terapia Intensiva até os albergues para alojar as mães de bebês que precisam de internação após o parto. Ainda abriga o maior Banco

de Leite Humano do Amazonas, responsável pela captação, armazenamento, processamento e distribuição do leite materno, que beneficia bebês internados nas unidades hospitalares públicas. Essa é uma das estratégias suplementares para a redução da mortalidade neonatal no Estado.

CONTEXTUALIZAÇÃO DA MATERNIDADE ANTES DO APRIMORAMENTO

A Maternidade Ana Braga, por ser uma referência em atendimentos de alto risco para gestantes em todo o estado, com grande volume de nascimento, tinha sua atenção voltada para as emergências. Sendo assim, os partos de risco habitual passavam despercebidos e recebiam o mesmo atendimento do alto risco, pois 100% dos partos eram realizados por médicos obstetras.

Os enfermeiros obstetras eram poucos e não tinham *expertise* e autonomia para sua atuação. Os modelos de nascimento eram “mecanizados”, com procedimentos desnecessários de rotina, como acesso venoso, episiotomias e restrições no leito.

Nossa assistência era restrita, pois nos sentíamos hostilizados pela equipe quando dávamos atenção diferenciada a uma cliente com a inserção da família. Com muita persistência, com um trabalho voltado para a humanização, estudo e trabalho em equipe, as coisas foram mudando. Outros colegas aderiram à causa e formamos uma equipe forte e determinada a mudar a forma de nascer naquela maternidade.

Existia um CPNI ocioso que servia de pós-parto quando a maternidade lotava. Em 2014, o CPNI foi retomado pelos enfermeiros e começou, ainda que timidamente, um serviço “diferenciado”, pois ainda estávamos longe do serviço que sonhávamos. Os índices de partos cesáreos eram altos, quase que na mesma proporção dos partos normais, chegando alguns meses a um número maior que a taxa de parto normal. Não tínhamos o ACCR pelo enfermeiro, apenas uma triagem em que o técnico de enfermagem verificava os sinais vitais. Todas as mulheres eram internadas pelos médicos obstetras e todos os partos eram realizados de forma horizontal em mesa com pernas dentro do centro cirúrgico obstétrico.

VIVÊNCIAS OBTIDAS NO CURSO
DO APRIMORAMENTO – RJ

Quando fomos convidados a participar do Curso de Aprimoramento no Rio de Janeiro, em 2015, nossa expectativa era voltar diferentes e fazer diferente. Fomos dispostos a desaprender e reaprender tudo com a mente e o coração abertos para receber os detalhes de tudo o que fosse ensinado e vivenciado. Isso fez a total diferença nas nossas práticas.

Uma experiência impactante, cheia de riqueza de detalhes, que transformou nossa forma de prestar assistência e oferecer cuidados. Aprendemos a olhar a mulher como um ser empoderado e absoluto, protagonista de uma cena única e inesquecível; e nós, profissionais, como apenas coadjuvantes que regem a orquestra para a chegada da vida. Foram dias inesquecíveis e de muito aprendizado. Uma troca de experiência entre Rio de Janeiro, Amazonas e Recife.

Essa experiência fora do estado do Amazonas nos fez entender que não estamos sozinhos, há um batalhão de enfermeiros obstetras mudando a maneira de nascer no Brasil inteiro. E percebemos, enquanto profissionais, o quanto podemos transformar o ambiente onde nasce uma vida.

Na nossa prática, aprendemos a esperar..., “sentar em cima das mãos”, em vez de pegar a tesoura para realizar a episiotomia. Aprendi que na expulsão da cabeça se acolhe e não se colhe (arranca) o feto. Não usar mais a expressão FORÇA. **A mulher tem o poder de parir e o feto tem a força de nascer.** O processo do nascimento precisa acontecer naturalmente e fisiologicamente, proporcionando uma ambiência adequada: penumbra, música e aromaterapia, se assim ela desejar, segurança, privacidade e a pessoa que ela escolheu para esse momento sagrado.

Após o Curso de Aprimoramento, nós transformamos nosso ambiente de trabalho com as novas tecnologias de cuidado não invasivas para o alívio da dor e para o bem-estar da mulher e de sua família.

Nossa primeira ação foi tirar a mulher da posição horizontal e oferecer as diversas posições verticalizadas que proporcionaram um grau de satisfação para a mulher e um nascimento seguro sem episiotomias e sem muitas lacerações.

Posso relatar aqui a nossa primeira experiência exitosa: uma parturiente secundigesta, de cesariana anterior há 3 anos, que aceitou parir de quatro apoios, sem dor, sem lacerações e na presença de seu esposo (VBAC). O recém-nascido foi levado ao peito ainda com o cordão ligado à placenta. Um sucesso e uma conquista para a Maternidade, que nunca havia colocado uma mulher em outra posição diferente da posição horizontal. Implantamos o Juramento do Pai ao cortar o cordão umbilical, trazendo assim esse pai para a cena do parto, pois no parto não nasce apenas uma criança. Nasce um pai, nasce uma mãe e nasce uma família.



Diferença da prática assistencial do enfermeiro obstetra na Maternidade Ana Braga – Manaus (AM), após o Aprimoramento pela Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ, no Rio de Janeiro, em 2015.

ATIVIDADES EXITOSAS PROGRAMADAS E IMPLANTADAS NA MATERNIDADE

Com o apoio da gestão local e institucional, após o retorno do Curso de Aprimoramento – UFRJ, foram realizados oficinas e treinamentos de todo o conteúdo apreendido. Contudo, houve um investimento e valorização da categoria e incremento da infraestrutura. O curso nos empoderou e, com isso, aumentamos os índices de partos normais por enfermeiros obstetras. As ações implementadas foram:

- Implantação do consultório de ACCR (Acolhimento com Classificação de Risco) para o enfermeiro obstetra.
- Retirada dos partos normais do centro obstétrico para o modelo PPP no pré-parto.
- Reestruturação e recuperação do Centro de Parto Intra-Hospitalar – CPNI.
- Efetivação da internação de paciente no Centro de Parto Normal de Baixo Risco pelo enfermeiro obstetra.
- Construção de um Solarium para os recém-nascidos tomarem banho de sol com objetivo de diminuir a icterícia neonatal.
- Criação de espaço adequado à movimentação da parturiente em trabalho de parto.
- Aquisição de 4 barras de *sling*.
- Aquisição de 10 camas PPP.
- Aquisição de 2 cavalinhos de boas práticas.
- Aquisição de 10 aparelhos Sonar.

A participação dos enfermeiros do Amazonas no Curso de Aprimoramento no município do Rio de Janeiro trouxe para nossa maternidade um avanço de grande notoriedade e de grande impacto na nossa assistência, atingindo assim o maior objetivo: a mudança de nossas práticas para a redução de intervenções desnecessárias e o empoderamento do enfermeiro obstetra.



Comemoração dos 400 partos sem episiotomia assistidos por enfermeiros obstetras na Maternidade Ana Braga – Manaus (AM).



Participação do pai e do irmão no corte do cordão umbilical após o juramento criado pelo enfermeiro obstetra Edilson Albuquerque – CPNI Maternidade Ana Braga – Manaus (AM).



JURAMENTO DO PAI AO CORTAR O CORDÃO UMBILICAL

EU _____, ASSUMO O COMPROMISSO DE CUIDAR,
 AMAR E CRIAR MEU FILHO(a) _____
 SOB MEUS CUIDADOS.
 ENSEINANDO A TRILHAR NOS CAMINHOS,
 QUE O LEVEM A VERDADEIRA FELICIDADE.
 NESTE MOMENTO TÃO ESPECIAL,
 DESLIGO MEU FILHO(a).
 PORQUE AGORA,
 NASCE UMA MÃE, NASCE UM PAI
 E NASCE A MINHA FAMÍLIA.



Nascimento após o retorno do Aprimoramento. Enfermeiro obstetra Edilson Albuquerque – Maternidade Ana Braga – Manaus (AM).



Inauguração do Solarium – Maternidade Ana Braga – Manaus (AM). Dezembro de 2018.

INSTITUTO DA MULHER E MATERNIDADE DONA LINDU MANAUS (AM) – BRASIL

Larissa Lustosa da Costa Lustosa¹
Lisandra Ferreira²
Liseane Bello Façanha³
Natalia Freitas Moraes⁴
Paloma Silva Barbosa⁵
Susie Imbiriba Augusto⁶

O Instituto da Mulher e Maternidade Dona Lindu presta serviços nas áreas de Mastologia, Obstetrícia e Ginecologia, tendo 7 leitos PPP, 1 centro cirúrgico obstétrico com 2 salas de cirurgia e 1 sala de curetagem. Tem Alojamento Conjunto (ALCON) para parto normal e ALCON para pós-cesarianas; um centro cirúrgico ginecológico, 2 enfermarias de ginecologia, onde ficam internadas as pacientes gestantes em tratamento clínico e pacientes que se submeteram a cirurgia ginecológica, além dos setores UTI Neonatal, UCI, UCINCA. No ano de 2018, teve o número total de partos de 5.520, com o percentual de 45,86% de cesarianas.

O contexto do processo de trabalho antes do aprimoramento era de menor autonomia do enfermeiro. Os partos, em sua grande maioria, eram realizados por médico, até mesmo os de risco habitual. O enfermeiro só assistia o parto quando o médico estava ausente do setor ou “deixava” o enfermeiro atuar. As tecnologias do cuidado utilizadas eram somente massagem, deambulação, bola Bobath, agachamento e banho morno.

O Curso de Aprimoramento oferecido pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, em parceria com o Ministério da Saúde, nas unidades de saúde do município do Rio de Janeiro, foi enriquecedor por trazer a Ma-

naus um novo olhar sobre a assistência à mulher no período de parturição, tanto no pré, intra e pós-parto. Lá tivemos a oportunidade de visitar e acompanhar os serviços das unidades: Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda, Hospital da Mulher Mariska Ribeiro e Casa de Parto David Capistrano. Cada unidade acrescentou modelos exitosos de assistir a mulher em nossas vivências.

No retorno à Maternidade Dona Lindu, participamos das reuniões de outra estratégia do Ministério da Saúde sobre formação profissional para levar o plano de ação proposto no Curso de Aprimoramento e alcançar as mudanças desejadas. Entre elas, a implantação de um Protocolo de Assistência de Enfermagem em Parto de Baixo Risco, a implantação de um certificado de parto humanizado, que será uma lembrança para entregar à mãe no parto assistido pelo(a) enfermeiro(a) obstetra, a exposição das placentografias realizadas, o juramento do corte do cordão e o treinamento da equipe com rodas de conversa sobre puxos dirigidos que ainda ocorrem com frequência na assistência, a aquisição de materiais para aromaterapia e massagens, o treinamento da equipe sobre suturas e rebozo, a criação da ficha de evolução do enfermeiro.

¹Enfermeira obstetra assistencial

²Enfermeira obstetra assistencial

³Enfermeira obstetra assistencial

⁴Enfermeira obstetra. Coordenadora do CPPP

⁵Enfermeira obstetra assistencial

⁶Enfermeira obstetra assistencial

Das propostas supracitadas, as placentografias* foram expostas em um mural no PPP, o juramento do corte do cordão foi impresso e colocado ao lado de cada leito no PPP e algumas rodas de conversa foram realizadas. O ápice foi a implantação do Protocolo de Assistência de Enfermagem em Parto de Baixo Risco aprovado na reunião do grupo juntamente com a diretora clínica, gerência de enfermagem e direção da unidade. Foi um grande marco, já que uma das maiores dificuldades que temos na Maternidade é o trabalho juntamente com a equipe médica, pois os partos de baixo risco, na maioria das vezes, eram assistidos por eles, sendo realizados somente na ausência deles, realidade oposta à que vivenciamos no RJ, onde os partos de baixo risco eram diretamente direcionados ao enfermeiro.

O protocolo foi impresso e deixado no PPP. O comunicado foi passado para a cooperativa dos obstetras. Aos poucos, as mudanças estão acontecendo, muitos ainda se mostram resistentes. Entretanto, esperamos que o tempo mostre os ótimos resultados que estão por vir.

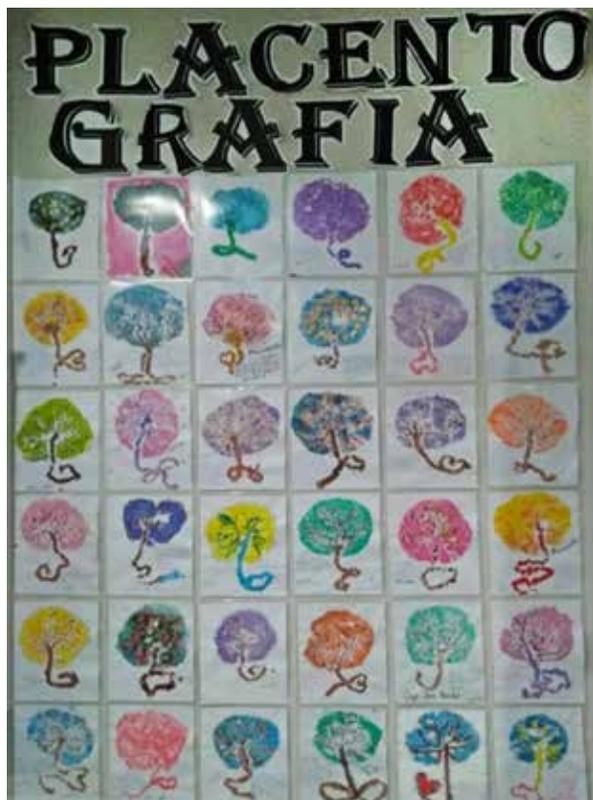
Com o protocolo já institucionalizado, foi aberto o consultório de enfermagem obstétrica para a admissão das parturientes de risco habitual, no qual o enfermeiro obstétrico preenche e assina a AIH, gerando oficialmente o número de partos conduzidos pela enfermagem na sua integralidade.



Reunião para discussão sobre Protocolo de Assistência da enfermagem obstétrica.

Entrega de Certificado Placentografia.

* Placentografia: é um carimbo feito com a placenta (print). Pode ser feito com o próprio sangue que está na placenta ou com tintas a base de água. A impressão é feita em folha de papel.



Mural de Placentografias.



Juramento do corte do cordão.



Roda de conversa sobre puxos dirigidos.



Assistência ao parto normal.



Treinamento da equipe: reparo perineal.



Consultório da Enfermagem Obstétrica.



Treinamento de equipe sobre Rebozo.

MATERNIDADE ESTADUAL BALBINA MESTRINHO MANAUS (AM) – BRASIL

Sarmiento Silva¹
Margarida Bahia Gomes²
Romildes Corrêa de Andrade³

Apresentamos a Maternidade Estadual Balbina Mestrinho, que se encontra localizada na cidade de Manaus (AM), projetada para 135 leitos, oferecendo os seguintes serviços: Serviço de Pediatria e Neonatologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Serviços de Enfermagem Obstétrica e Neonatal, Médico Obstétrico, Clínica Médica, Anestesiologia, Intensivista, Cirurgia Geral, Cardiologia, Nefrologia, Retinologia, Serviço Social, Psicologia, Farmácia, Ultrassonografia, Imunização, Laboratório, Radiologia, Cartório Civil, Ambulatório, Banco de Sangue, Banco de Leite Humano, Núcleo de Regulação de Leitos, Núcleo de Segurança do Paciente, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Vigilância Epidemiológica, Programa Pró-Qualidade, Núcleo de Ensino e Pesquisa, Serviços Gerais, Manutenção Predial e Equipamentos.

Atualmente, o Centro de Parto Normal intra-hospitalar tem quatro suítes de parto – sendo duas com banheiros –, posto de enfermagem, consultório de enfermagem e conforto de enfermagem. A sala de parto multicultural, também chamada de suíte universal, tem protocolo diferenciado para inclusão étnico-cultural de mulheres indígenas, quilombolas, estrangeiras e também para surdas que derem à luz na maternidade.

Entre os seus atendimentos, contabilizamos no período de junho, julho e agosto de 2019 1.168 partos normais e 556 cesarianas.



Maternidade Estadual Balbina Mestrinho – Enfermeira Alzerina Sarmiento Silva.

Quando começamos as atividades como enfermeiras obstétricas, apenas os médicos obstetras atendiam as mulheres no setor de Pré-Parto, Parto e Pós-Parto (PPP) e não havia o uso das tecnologias de cuidados de enfermagem para o alívio da dor no trabalho. Não era permitido que o acompanhante, do sexo masculino, ficasse no cenário do parto e nascimento e as parturientes não tinham escolha própria em relação à posição de parir.

A implantação de centros de parto normal em maternidades do estado segue as diretrizes da Política Nacional de Humanização preconizada pelo Ministério da Saúde (MS). É embasada na Portaria nº 11/2015, que redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido, no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente

¹Enfermeira obstetra da Maternidade Estadual Balbina Mestrinho - Manaus (AM) - Brasil.

²Enfermeira obstetra da Maternidade Estadual Balbina Mestrinho - Manaus (AM) - Brasil.

³Enfermeira obstetra da Maternidade Estadual Balbina Mestrinho - Manaus (AM) - Brasil.

Parto e Nascimento da Rede Cegonha, considerando o direito das mulheres a ambientes de cuidados que favoreçam a realização das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento (BRASIL, 2005).

No intuito de qualificar a enfermagem obstétrica do estado do Amazonas para a assistência humanizada com enfoque no componente parto e nascimento da Rede Cegonha, o Ministério da Saúde realizou, pela Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ, o curso de extensão, na modalidade aprimoramento, intitulado “*Qualificação profissional de Enfermeiros Obstetras*”, realizado na capital do estado do Rio de Janeiro, coordenado e executado pelo Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em parceria com as seguintes unidades de saúde: Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda (HMMABH), Hospital Maternidade Mariska Ribeiro (HMMR) e Casa de Parto David Capistrano Filho, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.



Participação na 1ª turma do Curso de Qualificação.

Esse curso transformou o modelo de assistência vivenciado por nós. Após participação no curso, adquirimos conhecimentos que mudaram nossa atuação, proporcionando nova postura profissional, mais humana, empática, acolhedora e com muita propriedade para auxiliar as parturientes a entender a fisiologia do parto (COFEN, 2009). E, ao lidarem com os eventos inerentes ao nascimento de seus filhos, recebem gentileza e respeito por parte da equipe que realiza

tecnologias de cuidados de enfermagem obstétrica, não farmacológicos, para proporcionar alívio da dor e conforto até o momento do parto e nascimento.

Com o término do curso, a Maternidade aderiu ao programa de montagem do centro de parto natural e criamos o Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar da Balbina Mestrinho, onde somos profissionais que assistem mulheres em seus partos eutócicos (sem distocias). Implementamos o uso das tecnologias não invasivas para o alívio da dor nos dois ambientes, pré-parto e centro de parto, com orientação direta aos acompanhantes (COFEN, 2016).

A Maternidade segue protocolos de boas práticas no nascimento, preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) no parto humanizado, entre as quais o direito de a mulher escolher a posição em que deseja parir, em caso de parto normal, e ter um acompanhante. Exercícios, massagens de relaxamento, aromaterapia e o próprio parto na água auxiliam na redução da dor e numa experiência de parto humanizado. Cada sala de parto conta com uma decoração diferenciada e especial, com temas que vão do provençal ao amazônico. A ideia é acolher a mãe e a família durante o processo da parturiente.

Banheira de três lugares, banco de parto, berço aquecido, massagador, berço ergonômico, escada de Ling, televisão, poltrona para acompanhante e bola de Bobath estão entre os itens. A gestante, além de escolher a melhor posição para parir, decide sobre a ambiência para seu parto e tem direito à livre escolha de acompanhante.



Acompanhantes e parturientes.



Equipe da Maternidade alinhando atitudes para melhor assistir.

Hoje na Maternidade Balbina Mestrinho, assistimos parturientes de forma humanizada, nos dois ambientes, tanto no CPNIH como no pré-parto, com enfermeiras obstétricas e médicos obstétricos. Transformamos a atenção obstétrica em um ambiente acolhedor.



CPNIH – acolhimento e ambiência.



Atuando como agente multiplicador sobre Tecnologia de Cuidado Obstétrico – Rebozo.

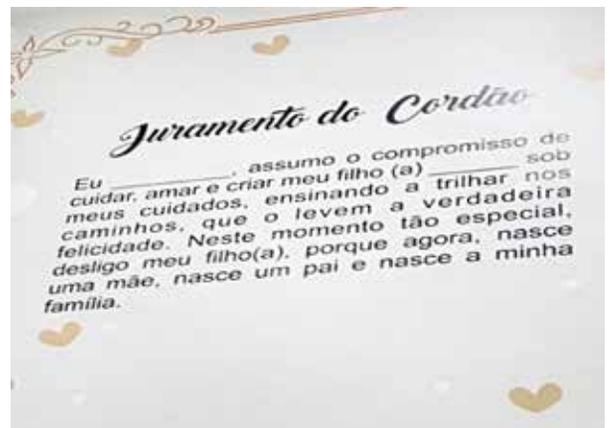


Unidade de atendimento do CPNIH.

Instituiu-se o “Juramento do Cordão”, de autoria do enfermeiro obstétrico Edilson Albuquerque, e foram adotadas outras tecnologias de cuidado para alívio da dor.



Aplicando Tecnologia de Cuidado de Enfermagem Obstétrica – Agachamento Induzido.



Juramento do Cordão.



Relaxamento na banheira – hidroterapia como tecnologia de cuidado durante o pré-parto.



Impacto social. Orientação aos acompanhantes.



Parto vertical. Unidade de recepção do RN.



Incentivo ao aleitamento.



Clampeamento oportuno da placenta.



Ambiência para indígenas. Juramento do cordão em Tuyuka (há também versão em espanhol).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Programa de Humanização do Parto – Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 358**, dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos e privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 516**, normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências, 2016.

SECRETARIA ESTADUAL DO AMAZONAS. SUSAM *in*: Maternidade Balbina Mestrinho ganha o primeiro centro de parto normal com banheira do estado. Disponível em <http://www.saude.am.gov.br/visualizar-noticia.php?id=3724> acessado em 28/06/2019 15:57:13.

HOSPITAL DA MULHER MÃE LUZIA – MACAPÁ (AP) – BRASIL

Ana Caroline Lima Fonseca^{1,2}
Catarina de Nazaré Souza de Oliveira¹
Clodoaldo Tentes Côrtes²
Cristiane de Cássia Santos Rodrigues¹
Ediane de Andrade Ferreira^{1,3}
Élita Salviano da Costa Nery²
Nádia Cecília Barros Tostes^{1,3}
Rafael Cleison Silva dos Santos^{1,3}
Ronaldo França de Sarges¹
Tatiana do Socorro dos Santos Calandrini³
Vanessa Silva de Melo¹
Vilma Maria da Costa Brito¹

A história aqui narrada representa as experiências vivenciadas por 12 enfermeiros do estado do Amapá, Brasil, que tiveram o privilégio de participar do maior projeto de qualificação para enfermeiros obstétricos com enfoque no componente parto e nascimento da Rede Cegonha, do Ministério da Saúde (MS). Trata-se do curso de extensão, na modalidade aprimoramento, intitulado “*Qualificação Profissional de Enfermeiros Obstetras*”, realizado na capital do estado do Rio de Janeiro, coordenado e executado pelo Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em parceria com as seguintes unidades de saúde: Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda (HMMABH), Hospital Maternidade Mariska Ribeiro (HMMR) e Casa de Parto David Capistrano Filho, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Para o estado do Amapá, até o momento, foram dispensadas 12 vagas, exclusivamente para enfermeiros

com título de Especialista em Obstetrícia registrado no Conselho Regional de Enfermagem (COREN) que atuam na assistência ou na formação obstétrica.

Contextualizando a instituição escolhida para compor as experiências pós-curso de aprimoramento, o Hospital da Mulher Mãe Luzia (HMML) teve o marco inicial em 13 de setembro de 1953, em Macapá, no então Território Federal do Amapá-Brasil. Na época, não havia médicos disponíveis. Por isso, foram contratadas parteiras tradicionais, mulheres que realizavam todos os acompanhamentos e atividades de parto.

Entre elas, se destacou a parteira e benzedeira Francisca Luzia da Silva, a “Mãe Negra”, que ficou conhecida como “Mãe Luzia” – ela faleceu em 24 de setembro de 1954, em Macapá (AP), com mais de 100 anos.

O HMML foi fundado no governo do capitão do Exército Brasileiro Janary Gentil Nunes. Contudo, só em meados de 1998 passou a ser chamado de Hospital da Mulher Mãe Luzia (RODRIGUES, 2011).

¹Enfermeiro(a) obstetra no Hospital da Mulher Mãe Luzia – Macapá (AP) – Brasil.

²Enfermeiro(a) obstetra no Hospital Estadual de Santana – Amapá – Brasil.

³Professor(a) no Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Amapá – Brasil.



Benzedeira Francisca Luzia da Silva – “Mãe Luzia”.

O HMML está localizado na Avenida FAB, nº 83, bairro central, na cidade de Macapá (AP). É uma instituição pública do Sistema Único de Saúde vinculada à Secretaria de Estado da Saúde do Amapá (SESA). Atualmente, é a maior referência de atendimento nas áreas de gineco-obstetrícia (mulheres de risco habitual e alto risco obstétrico) e neonatologia, nas áreas urbana, ribeirinha, quilombola e indígena de todo o estado do Amapá e de alguns municípios do estado do Pará (especialmente Afuá, Breves e Chaves). Tem capacidade instalada de 155 leitos distribuídos em: a) *Clínicas* – gestação de alto risco, pós-operatório, puerpério e tratamento gineco-obstétrico; b) *Unidade Neonatal* – unidade de cuidado intermediário comum (UCINCO) e Canguru (UCINCA), unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN); c) *Bloco Obstétrico* – centro de parto normal (CPN) e centro cirúrgico; d) *Unidade de Terapia Intensiva Obstétrica* (UTIO).



Além disso, o hospital oferece serviços de apoio e diagnóstico: acolhimento com classificação de risco, laboratório, psicossocial, nutrição, reabilitação, farmácia, ultrassonografia 24h, raios-X, banco de leite humano, planejamento reprodutivo, uroginecologia, ginecocirúrgica, endocrinologia, exame preventivo de câncer de colo uterino, seguimento pós-molar e para vítimas de violência sexual, imunização, teste do pezinho, teste da orelhinha, *follow-up*, pré-natal de alto risco e Declaração de Nascido Vivo (DNV). Sua equipe multiprofissional é composta de assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, bioquímicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e médicos (gineco-obstetras, anesthesiologistas, intensivistas, fetólogos, neonatologistas, pediatras, ultrassonografistas), além dos colaboradores de nível médio em enfermagem, nutrição, laboratório e radiologia.

No CPN atual, há espaço privativo para no máximo sete mulheres. Normalmente ocorrem os partos na presença de acompanhantes, e algumas tecnologias de apoio são utilizadas: incentivo à deambulação, ingestão de líquidos e alimentos, banhos mornos de chuveiro, massagem, banquinho ou escadinha, barra de apoio de Ling ou espaldar e bola Bobath. Há ainda um berço aquecido para os cuidados imediatos do neonato e uma sala de procedimentos obstétricos. Logo após o parto, a puérpera é transferida para o anexo (alojamento conjunto) do CPN.

Segundo o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), em 2018 a média mensal de partos foi 950, com taxas de 67% de partos normais (a taxa de partos normais permanece quase inalterada nos últimos cinco anos) e 33% de cesarianas.



A enfermagem obstétrica é responsável por cerca de 80% da assistência ao parto normal de risco habitual no HMML. Por isso, entidades locais têm reconhecido esses profissionais, inclusive com uma lei estadual que institui no calendário de eventos do estado do Amapá o “Dia do Enfermeiro Obstetra e do Enfermeiro Neonatologista”, de autoria do médico e deputado Furlan (AMAPÁ, 2016; COREN-AP, 2019).

A equipe que presta assistência ao parto é formada por 38 enfermeiros obstetras, 25 médicos obstetras e 15 médicos pediatras ou neonatologistas. Também atuam no CPN do HMML enfermeiros e médicos residentes desde 2004 (AMAPÁ, 2018).



Os cuidados prestados pela equipe na assistência à mulher nos períodos clínicos do parto estão normatizados em documento escrito denominado Procedimento Operacional Padrão (POP), que se encontra em atualização. Os POPs definem quem são os profissionais responsáveis por cada procedimento, como ele deve ser realizado, como agir em caso de intercorrência e qual o resultado esperado, de acordo com as recomendações do MS e da Organização Mundial da Saúde (OMS).

No que diz respeito ao contexto assistencial no CPN do HMML antes de os enfermeiros obstétricos participarem do curso de aprimoramento promovido pela EEAN/UFRJ, destaca-se que não havia qualquer privacidade, nem a presença do acompanhante do sexo

masculino, e as mulheres de risco obstétrico habitual eram expostas a altas taxas de intervenções desnecessárias, tais como uso de cateter venoso, parto assistido em sua maioria na posição litotômica, sob o apelo de puxos dirigidos, com reparo de lacerações perineais sem o uso de anestésico local, e com uso rotineiro da ocitocina intravenosa, da amniotomia, da episiotomia e da manobra de Kristeller.



Além disso, as principais práticas obstétricas eram incipientes, ou seja, não havia incentivo à deambulação, à ingestão de líquidos ou alimentos, aos banhos mornos de chuveiro, ao uso do banquinho, da barra de apoio de Ling ou espaldar, à bola Bobath nem à conduta ativa no terceiro período do parto.

Sobre as experiências vivenciadas pelos enfermeiros obstétricos do estado do Amapá que participaram do curso de aprimoramento da EEAN/UFRJ, destaca-se que das 132 horas de curso 120 horas eram atividades práticas e incluíam desde o acolhimento da gestante com classificação de risco, a assistência obstétrica nos CPNs e o transporte de gestantes/parturientes/puérperas em ambulâncias de suporte básico e avan-

çado da Rede Carioca; e 12 horas de conteúdo teórico-prático, que discursava sobre as tecnologias obstétricas não farmacológicas e não invasivas: massagem, deambulação, banho morno, bola Bobath, cavalinho, banquinho, aromaterapia e rebozo; as fases clínicas e o mecanismo de parto, os passos iniciais da estabilização e reanimação neonatal.

Nesse sentido, sobre a práxis dos enfermeiros obstétricos participantes, todos, após retornarem ao estado do Amapá, apresentaram mudanças significativas na sua postura prática. A saber, a recomendação de posições não supinas, em especial, decúbito lateral, semisentada e Gaskin/quatro apoios, o incentivo à ingestão de líquidos ou alimentos, ao uso da bola Bobath, à presença do acompanhante de escolha da mulher, ao banho de chuveiro e à episiotomia seletiva seguramente têm sido as práticas obstétricas mais observadas em estudos recentes (SANTOS; RIESCO, 2016; CÔRTEZ *et al.*, 2018; SANTOS; FARIAS; CÔRTEZ, 2018) realizados no HMML.

Nessa perspectiva, foi exigida de cada participante a construção de um plano de ação para inserir boas práticas obstétricas na assistência ao parto nas instituições de origem. Foram realizadas cinco atividades de aprimoramento que envolveram tanto a formação obstétrica com enfermeiros docentes da graduação e da pós-graduação que ministram disciplinas na área quanto a prática assistencial com enfermeiros preceptores e residentes de serviços públicos e privados que atuam na assistência ao parto. Em todas as atividades, procurou-se discutir o atual modelo institucional do parto e nascimento, com enfoque fisiológico e psicológico da assistência obstétrica, o uso de tecnologias não farmacológicas para o alívio da dor e não invasivas na assistência ao parto, as práticas integradas de atenção ao parto e foram destacados os benefícios das novas tecnologias obstétricas. São apresentadas, a seguir, as atividades mencionadas.

Em 2014, realizou-se o *1º Seminário de aprimoramento de enfermeiros obstétricos com enfoque no componente parto e nascimento*, no Teatro das Bacabeiras, em Macapá (AP), com a participação de mais de 700 pessoas da comunidade acadêmica e profissional, com o objetivo de discutir a inserção desses profissionais nas boas práticas de assistência ao parto.



ral do Amapá (UNIFAP) e enfermeiros residentes das especialidades Enfermagem em Obstetrícia da SESA e Enfermagem na saúde da criança e adolescente da UNIFAP.

O objetivo dessa oficina foi capacitar enfermeiros para boas práticas na assistência ao parto.

Ainda em 2015, realizou-se o 1º Seminário de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal, no Hospital São Camilo e São Luís (HSCSL), em Macapá (AP), exclusivamente para 32 profissionais do HMML (20 enfermeiros e 12 médicos) que atuavam na assistência ao parto. O objetivo do seminário foi apresentar aos participantes as melhores práticas obstétricas à luz das evidências científicas disponíveis. Os diretores do HMML também foram os facilitadores na discussão das práticas. Além disso, disponibilizou-se material de leitura atualizado a todos os profissionais do seminário.

No mesmo ano, realizou-se o 1ª Curso de aprimoramento para enfermeiros obstétricos com enfoque no componente parto e nascimento, na Faculdade Estácio, em Macapá (AP) para os profissionais do HMML, divididos em seis turmas, com o objetivo de capacitar 100% da equipe de enfermagem que atuava no CPN (cerca de 50 profissionais entre enfermeiros e técnicos de enfermagem), além de cinco médicos obstetras.



Em 2015, foi realizada a 1ª Oficina de boas práticas na assistência ao parto normal, na Escola de Administração Pública do Estado, em Macapá (AP), envolvendo cerca de 30 participantes, incluindo enfermeiros preceptores e técnicos de enfermagem do HMML, professores do curso de Enfermagem da Universidade Fede-

Em 2018, foi realizado o 2º *Seminário de Práticas Obstétricas Informadas por Evidências*, na UNIFAP, em Macapá (AP), para mais de 150 participantes entre acadêmicos e profissionais de enfermagem e áreas afins, com o objetivo de discutir o cuidado com a saúde informado por evidências com foco nas práticas obstétricas. Cabe destacar que as ações descritas até aqui foram promovidas e coordenadas pelos enfermeiros obstétricos que participaram do curso de aprimoramento na EEAN/UFRJ com o apoio da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO) – Seção Amapá.



Em 2019, uma *Capacitação de boas práticas na assistência ao parto normal* foi estendida ao Hospital Estadual de Santana – Amapá (HES), município vizinho localizado a 17 quilômetros do HMML, com objetivo de capacitar 30 profissionais de enfermagem que atuam na maternidade do HES. Novas turmas estão previstas para iniciar nesse segundo semestre até atingir 100% da equipe.

Em síntese, essas atividades trouxeram contribuições para o conhecimento e prática clínica dos profissionais que atuam na assistência ao parto, como também eliminaram alguns cuidados empíricos, rotineiros e desnecessários à mulher.

No HMML, no tocante à assistência realizada por enfermeiros, houve aumento da presença do acompanhante de livre escolha da mulher em mais de 90% dos partos normais e do incentivo à posição lateral/quatro apoios/cócoras, à ingestão de líquidos ou alimentos, ao uso da bola Bobath e ao banho de chuveiro, e redução do uso rotineiro da amniotomia, da posição litotômica, da infusão de ocitocina na primeira fase, dos puxos dirigidos e da manobra de Kristeller,

além do quase desaparecimento da episiotomia (a taxa está em torno de 5%). Na perspectiva da assistência realizada por profissionais médicos obstetras, não podemos afirmar que houve avanço significativo quanto à assistência ao período expulsivo do parto na posição litotômica, aos puxos dirigidos e à manobra de Kristeller. Por outro lado, há um pequeno grupo de médicos que está envolvido nas transformações desse novo modelo e que respeita a autonomia do enfermeiro obstétrico na assistência ao parto.

Em síntese, compreendemos que contribuímos para a formação teórico-prática e prática obstétrica dos profissionais de enfermagem no estado do Amapá e que, embora sejamos a única maternidade pública de referência no estado do Amapá (uma maternidade de risco habitual começou a ser construída na zona norte da cidade de Macapá, em 2013, e deverá atender 40% dos atendimentos do HMML), com pouco apoio institucional (não conseguimos implementar a adequada ambiência de parto, conforme as recomendações das políticas do MS) e baixa adesão da equipe médica às práticas obstétricas informadas por evidências científicas, reconhecemos que torna-se essencial a qualificação continuada de todos os profissionais para reafirmar nossas práticas obstétricas humanizadas.



REFERÊNCIAS

AMAPÁ. Assembleia Legislativa do Estado do Amapá. Lei nº 2.052, de 21 de junho de 2016. Fica instituído no calendário de eventos do estado do Amapá, o "Dia do enfermeiro obstetra e do enfermeiro neonatologista". **Diário Oficial do Estado nº 6263**, Macapá, de 21/6/2016. Acesso em 20 set 2019. Disponível em: http://www.al.ap.gov.br/pagina.php?pg=buscarlegislacao&n_leiB=2052,%20de%2021/06/16.

AMAPÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Amapá. **Hospital da Mulher Mãe Luzia**: Serviço de Arquivo Médico e Estatística. Macapá: Secretaria de Estado da Saúde do Amapá, 2018.

COREN-AP. Conselho Regional de Enfermagem do Amapá. **12/4. O Coren-AP parabeniza os enfermeiros obstetras e enfermeiros neonatologistas pelo seu dia**. Acesso em: 20 set 2019.

CÔRTEZ, C. T.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; SANTOS, R. C. S.; FRANCISCO, A. M.; RIESCO, M. L. G.; SHIMODA, G. T. Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, n. (esp), 2018.

RODRIGUES, E. Mãe Luzia, o primeiro "doutô" da região. **Jornal Participação**. Ano 1, n. 6, 2011. Acesso em: 22 jul 2015. Disponível em: <http://casteloroger.blogspot.com/2011/11/mae-luzia-o-primeiro-douto-da-regiao.html>.

SANTOS, R.C.S.; FARIAS, J.L.D.J; CÔRTEZ, C.T. A pesquisa translacional e o cuidado perineal no parto: relato de implementação. **Estação Científica (UNIFAP)**, Macapá, v. 8, n. 2, p. 121-128, 2018.

SANTOS, R.C.S.; RIESCO, M.L. G. Implementation of care practices to prevent and repair perineal trauma in childbirth. **Rev Gaúcha Enferm**, v.37, n. (esp), 2016.

HOSPITAL MUNICIPAL DE SANTARÉM – SANTARÉM (PA) – BRASIL

Sarmiento Silva¹

Santarém é um município do estado do Pará com 304.589 mil habitantes onde está localizado o Hospital Municipal de Santarém (HMS), com estrutura de 220 leitos e 7 leitos de UTI adulta. O HMS oferece atendimentos em diversas especialidades a pacientes regulados pelo sistema público de saúde, oriundos de Santarém e 20 (vinte) municípios vizinhos, totalizando mais de 1 milhão de habitantes.



Fachada do Hospital Municipal de Santarém –
Fonte: www.oestadonet.com.

Os serviços prestados pelo Hospital Municipal de Santarém envolvem: Anestesiologia, Angiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Ginecologia, Infectologia, Imaginologia, Medicina Intensiva, Nefrologia, Neurocirurgia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Traumatologia, Urologia e Obstetrícia. Na Obstetrícia, existem 30 leitos de Alojamento Conjunto, 6 Leitos de Pré-Parto e 1 Sala de Parto. Realizamos ao mês, aproximadamente, 300 partos, dos quais 115 são cesarianos.

Em 2016, após contratação no Hospital Municipal de Santarém, percebemos que era necessário fomentar mudanças na perspectiva da atuação dos profissionais por termos vivenciado e atuado em instituições com ambiência e assistência humanizada. Diante de uma realidade tão adversa, isso não era limitante e nos impulsionou a fazer diferença nas atitudes para tornar o hospital um lugar de assistência qualificada e humana. Passamos a fazer acolhimento a gestante com escuta atenta e privativa.



Setor de acolhimento da obstetrícia (HMS)

A implementação do cuidado a parturiente de forma humanizada, no Hospital Municipal de Santarém (HMS), começou aos poucos, visto que as tecnologias de cuidados não farmacológicos para alívio da dor ainda não eram utilizadas pelos profissionais. Assim, sensibilizamos a equipe no sentido de mostrar a importância da aplicação da Lei do Acompanhante na assistência do pré-parto, parto e puerpério (Lei Federal

¹Enfermeira obstetra do Hospital Municipal de Santarém.

nº 11.108/2005), abrangendo os setores correlacionados, exceto o centro cirúrgico, por razões estruturais e funcionais, porém com adequação em andamento.

Dessa maneira, a prática da lei foi sendo aplicada, gradativamente, nos plantões, conscientizando, tanto parturientes quanto a gestão local da instituição, sobre o direito de todas as gestantes de escolher seus acompanhantes no pré-parto, parto e puerpério. Encontramos resistência ao novo e à mudança de hábitos e cultura sobre a ambiência do parto e nascimento. Contudo, apostamos na determinação de tornar a assistência humana e acolhedora.

Atualmente, utilizamos as tecnologias não farmacológicas para o alívio da dor com a participação da maioria das colegas obstétricas, agora capacitadas, documentadas em registro nos nossos livros de partos para fortalecimento da implantação dos indicadores.

Realizamos um projeto sobre o uso dessas tecnologias e mostramos que havia evidências científicas que comprovavam eficácias na atenção obstétrica oferecida com relatos de mulheres que as vivenciaram. Expliquei que, ao usarem os exercícios, as pacientes poderiam evoluir o trabalho de parto de forma mais célere, aliviando a dor no parto. Ensinei a prática da deambulação e os exercícios para o alívio da dor.



Capacitação em Parto Humanizado – equipe de obstetras do Hospital Municipal de Santarém – ministrada pela enfermeira obstetra Alzerina Sarmiento Silva.



Palestra sobre Direitos da Grávida – advogada Marna Caroline S. Silva.

Naquele período, não tínhamos nenhum material específico para aplicação de tais cuidados, então precisamos usar a criatividade. Adaptamos uma parede de “tijolinhos” localizada próximo à sala de parto onde as gestantes poderiam fazer o exercício de agachamento induzido de forma segura.



Acompanhantes orientadas praticando conforto às parturientes.

Atualmente temos duas bolas de Bobath doadas por alunos da Faculdade de Enfermagem – FIT/Unama e temos uma barra fixada na parede, providenciada pela gestão local a partir de nossas solicitações para melhoria da assistência.



Exercício na barra – adaptação no corredor próximo à sala de pré-parto.



Alunos da Faculdade de Enfermagem. Parturientes utilizando a barra e a bola de Bobath.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União [internet]. Brasília; 2005.

BRÜGGEMANN O. M.; PARPINELLI M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão de literatura. **Cad. Saúde Pública**. 2005. Set-Out; 21 (5): 1316-27.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 358**, dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos e privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 516**, normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências, 2016.

HOGA, L. A. K; PINTO, C. M. S. Assistência ao parto com a presença do acompanhante: experiências de profissionais. **Invest. Educ. Enferm**. 2007. Jan-jun; 25 (1): 74-81.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Maternidade segura, assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra (CH): OMS; 1996.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SANTARÉM *in*: Hospital Municipal de Santarém. Disponível em <https://hmsantarem.org.br/noticias>. Acessado em 28/6/2019 15:57:13.

CENTRO DE PARTO NORMAL ESMERALDA EVANGELISTA DA SILVA ARIQUEMES (RO) – BRASIL

Elissandra de Souza Silva¹
Valteone Pereira Maulaz²

O Centro de Parto Normal de Ariquemes foi inaugurado no dia 4 de setembro de 2017 e recebeu o nome de Esmeralda Evangelista da Silva em homenagem a uma parteira pioneira na cidade de Ariquemes. Esmeralda chegou a conviver com a tribo indígena Arikeme, que deu origem, posteriormente, ao nome da cidade.

Tem em sua estrutura cinco quartos PPP (pré-parto, parto e puerpério), que receberam nomes de árvores frutíferas da região amazônica: Açaí, Amora, Ingá, Buriti e Romã, com a finalidade de deixar o espaço mais acolhedor. A unidade realiza o acompanhamento das gestantes do pré-parto até a fase puerperal.

Antes da inauguração do Centro de Parto Normal, o índice de cesarianas pelo SUS atingia em média 76% e os partos naturais 24%, já pela rede privada esse índice atingia quase 100%.

Após a participação no curso de Aprimoramento realizado em outubro de 2017 na Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, no estado do Rio de Janeiro, essa realidade começou a mudar.

Na rede do SUS, conseguimos reduzir para 40% as cesarianas e atingir 60% de partos naturais. E, até mesmo nos serviços privados, houve mudança de comportamento nas assistências às parturientes, saindo dos 100% de cesarianas para 92%.

Implementamos até a logística com salas de partos para acompanhar os serviços oferecidos em nossa unidade, pois adotamos as tecnologias de cuidado obstétrico não invasivas para alívio da dor, tais como penumbra, musicoterapia, banho morno, massagem, banqueta improvisada de madeira para verticalização

do parto, participação do acompanhante direto no pré-parto, parto e pós parto, visitas programadas das gestantes ao Centro de Parto Normal, no qual há equipe multiprofissional como nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo e pediatra, que esclarecem as dúvidas e oferecem informações importantes às parturientes.

A mulher tem liberdade de escolher a maneira que ela quer parir, em diferentes posições e com o auxílio de outros instrumentos não farmacológicos.

Antes da realização do Curso de Aprimoramento, a nossa equipe tinha pouca adesão ao parto verticalizado e não tinha orientação quanto às tecnologias de cuidado não invasivo para o alívio da dor. Havia também diferentes formas de condutas dos profissionais em relação à assistência prestada às usuárias durante o pré-parto, parto e puerpério. A unidade não tinha ferramentas para o acompanhamento da parturiente durante a progressão do trabalho de parto.

Após o curso, começamos a implantar na unidade a educação continuada com toda a equipe, com a realização de *workshop*, cursos e reuniões periódicas para sensibilizar e conscientizar sobre a assistência humanizada à mulher no parto.

Conseguimos boa adesão da equipe de enfermagem quanto às práticas de episiotomia e manobras de Kristeller, chegando a 0% e sendo banida do uso corriqueiro na assistência, bem como o cumprimento da Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005, mais conhecida como a Lei do Acompanhante.

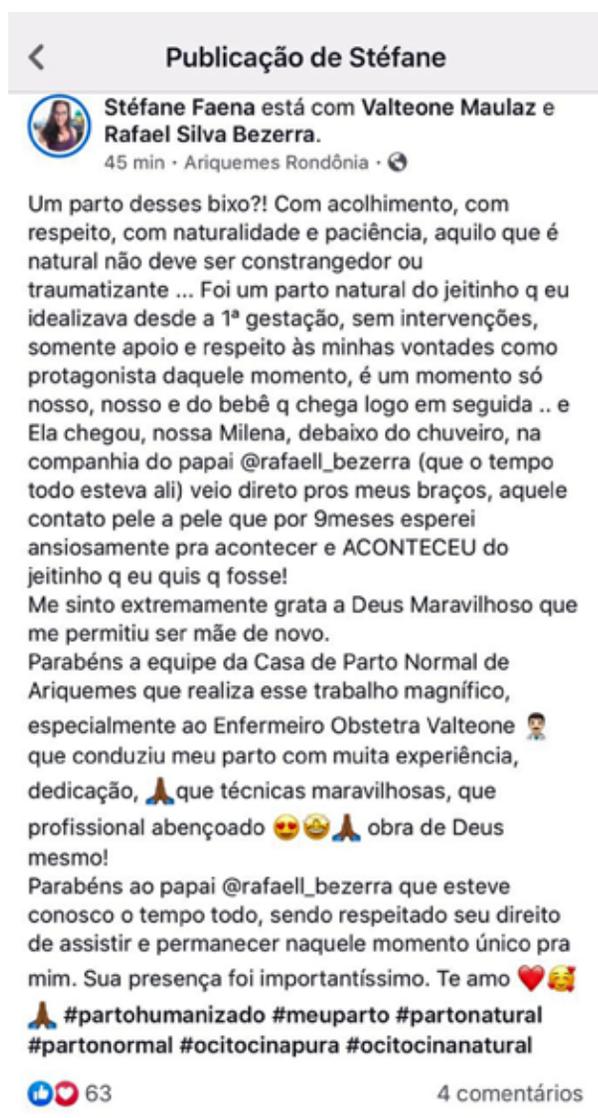
Tivemos adesão parcial por parte da equipe de enfermagem com a aplicação das tecnologias não invasivas

¹Enfermeira obstetra assistencial

²Enfermeiro obstetra assistencial

para o alívio da dor, tais como musicoterapia, penumbra, aromaterapia, exercícios na bola Bobath, banho morno e massagens.

Implantamos a “Visita da Cegonha Ariquemense”, com encontros periódicos, nos quais realizamos roda de conversa para o esclarecimento de dúvidas e apresentação dos profissionais, da estrutura física da unidade e compreensão do fluxograma de atendimento. Esses encontros são realizados a cada quinze dias com as gestantes a partir da 30ª semana de gestação. Com isso, é notória a diferença entre as gestantes que participam dessa ação devido à maior colaboração e adesão às orientações durante o partear e o parto.



Publicação de Stéfane

Stéfane Faena está com Valteone Maulaz e Rafael Silva Bezerra.

45 min · Ariquemes Rondônia · 🌐

Um parto desses bixo?! Com acolhimento, com respeito, com naturalidade e paciência, aquilo que é natural não deve ser constrangedor ou traumatizante ... Foi um parto natural do jeitinho q eu idealizava desde a 1ª gestação, sem intervenções, somente apoio e respeito às minhas vontades como protagonista daquele momento, é um momento só nosso, nosso e do bebê q chega logo em seguida .. e Ela chegou, nossa Milena, debaixo do chuveiro, na companhia do papai @rafaell_bezerra (que o tempo todo estava ali) veio direto pros meus braços, aquele contato pele a pele que por 9 meses esperei ansiosamente pra acontecer e ACONTECEU do jeitinho q eu quis q fosse!

Me sinto extremamente grata a Deus Maravilhoso que me permitiu ser mãe de novo.

Parabéns a equipe da Casa de Parto Normal de Ariquemes que realiza esse trabalho magnífico, especialmente ao Enfermeiro Obstetra Valteone 👨‍⚕️ que conduziu meu parto com muita experiência, dedicação, 🙏 que técnicas maravilhosas, que profissional abençoado 🥰😭🙏 obra de Deus mesmo!

Parabéns ao papai @rafaell_bezerra que esteve conosco o tempo todo, sendo respeitado seu direito de assistir e permanecer naquele momento único pra mim. Sua presença foi importantíssimo. Te amo ❤️🥰

🙏 #partohumanizado #meuparto #partonatural #partonormal #ocitocinapura #ocitocinanatural

👍❤️ 63 4 comentários

Relato de parto realizado no dia 17/9/2019.

Implantamos a ação “Relato do Meu Parto”, no qual a puérpera e o acompanhante relatam a experiência do acompanhamento da equipe durante e após o parto. Dessa forma, avaliamos o modo da assistência prestada e quais posições e orientações que foram mais aceitas pelas parturientes.

Diante da assistência com práticas exitosas, tivemos uma parceria com a Coordenação de Curso de Residência em Enfermagem Obstétrica da Escola Anna Nery/UFRJ e oferecemos estágio optativo com grande aproveitamento nas trocas de experiências entre residentes e profissionais da região.



Parturiente em banho de água morna.



Contato pele a pele.



Millena Fernandes está com Valteone Maulaz em Centro de Parto Normal de Ariquemes.

11 h · Ariquemes · 🧑🏻‍🤝‍🧑🏻

Primeiramente eu PRECISO dizer que eu estou SUPER, MEGA FELIZZZZZ!!! Simplesmente por que eu e meu marido tomamos uma decisão nos 45 do 2º tempo que foi um sonho, isso mesmo um SONHO. Nunca imaginei parir no SUS, não MESMO, porém algumas coisinhas acabaram que me colocaram ali, e olha vou te dizer, que escolha tão bem acertada! Eu tive um parto dos sonhos, o parto que sempre quis na vida, tudo no mais natural possível, tudo com muito amor e carinho. Que equipe maravilhosa, que centro de parto lindo, vocês me deixaram sem fôlego, Antônio nasceu e já veio para os meus braços e ficamos ali grudadinhos pele com pele por um longo tempo. Fomos super bem atendidos e também ganhamos uma linda lembrança da placenta que pra mim foi super emocionante rsrs, outro fato é poder relatar em um livro como ocorreu o meu parto, muito amor por toda dedicação e cuidado que tiveram com a gente, vou guardar pra sempre no meu coração essa experiência maravilhosa, vocês são show!!! ❤️

Relato de parto realizado no dia 27/8/2018.



Parturiente realizando exercício com bola suíça.



Contato pele a pele após período expulsivo.



Carimbo da placenta.



Banqueta utilizada para auxiliar no parto vertical.

Região Nordeste



HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO LUÍS EDUARDO MAGALHÃES PORTO SEGURO (BA) – BRASIL

Daiane Menezes dos Santos¹
Glecia Pereira da Cunha Santana²
Helivana Botelho Correa³
Micaeli Oliveira Assis⁴
Natália Frohlich⁵



HRDLEM é uma unidade de alta e média complexidade, capacitada para cuidados por meio de serviços de diagnóstico e terapia, ambulatório eletivo de especialidades, cuidados de emergência, hospitalização, serviços de assistência social, situada na Rodovia 367, km 54, Lot. Quinta do Descobrimento, Lote 1, Cambolo, Porto Seguro (BA). Tem a missão de fortalecer o SUS através da prestação de serviços de excelência, utilizando profissionais especializados, melhorando a qualidade de vida dos usuários do sistema e contribuindo para o crescimento dos seus colaboradores. Sua visão é ser referência nacional em prestação de serviço de gestão no Sistema Único de Saúde – SUS.

O pré-parto é o setor de atuação das profissionais que participaram do Curso de Aperfeiçoamento. Ele se situa no primeiro andar do prédio, interligado com as

emergências adulto e pediátrica da unidade hospitalar. Composto de posto de enfermagem, consultório médico e 4 enfermarias, com 9 leitos no total, oferece serviços como parto normal de risco habitual e alto risco, cesariana, curetagem, tratamento clínico e ginecológico.

A unidade, antes do Curso de Aprimoramento, contava com quadro técnico profissional de 1 médico, 1 enfermeira, 2 técnicos de enfermagem divididos por plantões de 12 horas, diurnos e noturnos. O centro cirúrgico da unidade está situado no 2º andar, cobrindo todos os procedimentos, onde são realizados também os partos cesáreos. Atualmente os indicadores são:

INDICADORES OBSTÉTRICOS/ MENSAL – FEVEREIRO DE 2019

Total de partos: 241

Partos cesáreos: 71 (29%)

Partos normais: 170 (71%)

Partos realizados pelas enfermeiras obstetras:
97 (57%)

Episiotomia por enfermeiro: 0%

Curetagem: 12

Episiotomia realizada pela equipe médica: 14 (19%)

Induções do trabalho de parto: 33 (14%)

Atendimentos da emergência: 1.088

¹Enfermeira obstetra assistencial

²Enfermeira obstetra assistencial

³Enfermeira obstetra assistencial

⁴Enfermeira obstetra assistencial

⁵Enfermeira obstetra assistencial

*INDICADORES OBSTÉTRICOS/ MENSAL –
AGOSTO DE 2019*

Total de partos: 270

Partos cesáreos: 93 (34%)

Partos normais: 177 (65%)

Partos realizados pelas enfermeiras obstetras:
106 (60%)

Episiotomia por enfermeiro: 0%

Curetagem: 25

Episiotomia realizada pela equipe médica: 19 (27%)

Induções do trabalho de parto: 70 (26%)

Atendimentos da emergência: 993

O Curso de Aprimoramento foi a oportunidade de ampliar a rede de profissionais, com maior capacidade para intervir no modo de gerir e cuidar em saúde a partir de processos de formação-intervenção, que nos propôs qualificação de enfermeiras obstétricas com foco na atenção ao parto e nascimento, permitindo novos conhecimentos técnico-científicos, habilidades e atitudes da enfermagem.

O curso de aprimoramento trouxe para equipe do HRDLEM (Hospital Regional Deputado Luís Eduardo Magalhães) vários benefícios que contribuíram para prestação de serviços de qualidade e humanizada, além da implementação de novas condutas. Elaboramos quadro representativo das mudanças:

ANTES	DEPOIS
<ul style="list-style-type: none"> • Recepção compartilhada com a emergência adulto, sem entrada própria para o pré-parto, onde a gestante era conduzida pelo corredor da emergência adulto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recepção própria para o setor, com espaço amplo e específico para as pacientes do pré-parto.
<ul style="list-style-type: none"> • A abordagem era feita no corredor pelo técnico de enfermagem com apenas a verificação de sinais vitais e coleta das queixas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento com classificação de risco, realizado pelo enfermeiro obstétrico, com sala própria e privacidade para o exame físico. • Humanização no atendimento e na assistência: VALORIZAÇÃO DA MULHER, RESPEITO, ORIENTAÇÃO E ACOLHIMENTO.
<ul style="list-style-type: none"> • Uma sala de parto, situada no corredor da emergência adulto, desvinculada do setor pré-parto, ocasionando falta de privacidade e dificuldade no deslocamento da parturiente no momento do período expulsivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mudança da sala de parto para dentro do setor, proporcionando mais conforto e agilidade nos atendimentos de emergência.
<ul style="list-style-type: none"> • A maioria dos partos era realizada pela equipe médica, na posição de litotomia, na sala de parto, com episiotomia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Divisão entre partos de risco habitual e alto risco. • Partos realizados nos leitos PPP, dentro das enfermarias, diminuindo o deslocamento das parturientes no momento do período expulsivo. • Aumento no número de partos realizado pela equipe de enfermeiras obstétricas, respeitando o local e a posição de escolha da parturiente. • Redução do número de episiotomia realizado pelos médicos obstetras. • A taxa de 0% de episiotomia entre a classe de enfermagem.

<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de protocolos de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulação do protocolo de enfermagem, com rotinas e especificações do trabalho realizado pela equipe de enfermagem. • Assistência obstétrica baseada em evidências. • Cronograma anual de Educação Continuada e atualizações da equipe de enfermagem.
<ul style="list-style-type: none"> • Quadro profissional: 1 médico, 1 enfermeira, 2 técnicos de enfermagem, divididos por plantões de 12 horas, diurnos e noturnos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Quadro profissional: 2 médicos, 2 enfermeiras assistenciais, 1 enfermeira administrativo, 2 técnicos de enfermagem, divididos por plantões de 12 horas, diurnos e noturnos.
<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de preenchimento do partograma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação da equipe e padronização do uso do instrumento (partograma).
<ul style="list-style-type: none"> • A pouca utilização das boas práticas (contato pele a pele, clameamento oportuno do cordão umbilical, penumbra, aromaterapia, escolha da posição para o parto, uso das tecnologias não farmacológicas para alívio da dor, entre outras). 	<ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de materiais como Sonar, bola suíça, banqueta de parto, camas PPP, cavalinhos, chuveiros com água quente. • Sensibilidade da equipe na compreensão de parto fisiológico e diminuição de intervenções. • Parto de cócoras, banquetas e em posições verticalizadas. • Belly Mapping – pintura da barriga. • Árvore da Vida (<i>print</i> da placenta). • Contato pele a pele. • Clameamento oportuno do cordão umbilical e corte realizado pelo acompanhante. • Amamentação na primeira hora de vida. • Aromaterapia. • Parto na penumbra. • Parto de lótus. • Doulas.
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermarias compartilhadas e sem divisórias impediam a privacidade das gestantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instaladas cortinas entre os leitos, promovendo privacidade às pacientes.
<ul style="list-style-type: none"> • O acompanhante não tinha seu direito exercido na hora do parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • A presença do acompanhante de escolha da paciente, em todos os partos, cumprindo a Lei nº 11.108.
<ul style="list-style-type: none"> • Não era proporcionada às gestantes a vinculação da atenção básica com o hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões semanais de vinculação entre as gestantes da atenção básica, acompanhantes, equipe de saúde com o hospital e equipe. • Participação dos profissionais nos GTs da Rede Cegonha.
<ul style="list-style-type: none"> • Superlotação impedindo a organização das pacientes por categoria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Padronizado o número de leitos por enfermaria para melhor atender à equipe e usuárias.
<ul style="list-style-type: none"> • Livro de parto incompleto, com vulnerabilidade de informações, dificultando a base de dados para quantificar e qualificar o serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração do novo livro de parto, com informações mais completas, podendo assim contabilizar a assistência da enfermagem.
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de impressos próprios para equipe de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de impresso para admissão, parto e nascimento, padronizando informações e facilitando a busca de dados.



Reunião com equipe de enfermagem para discussão e formulação do protocolo de enfermagem.



Parto de lócus, contato pele a pele, clampeamento tardio do cordão umbilical.



Reunião semanal de vinculação de gestantes da atenção básica com hospital.



Educações continuadas, pintura em gestantes.



Equipe de enfermeiras participantes do curso de aprimoramento para alinhamento de normas e rotinas para o setor.



Presença de acompanhante, parto na banqueta, aleitamento na primeira hora de vida.



Vínculo familiar, respeito à escolha de posição da paciente.



Equipe comprometida, verticalização, utilização das metodologias ativas de alívio da dor.



Criação de identificadores de parto habitual e de alto risco.



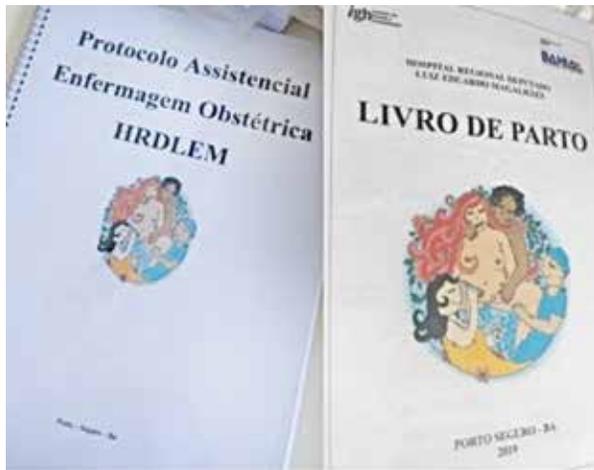
Mudanças no ambiente, aquisição de equipamentos, divisórias entre os leitos, conforto, implementação de 2 camas PPP.



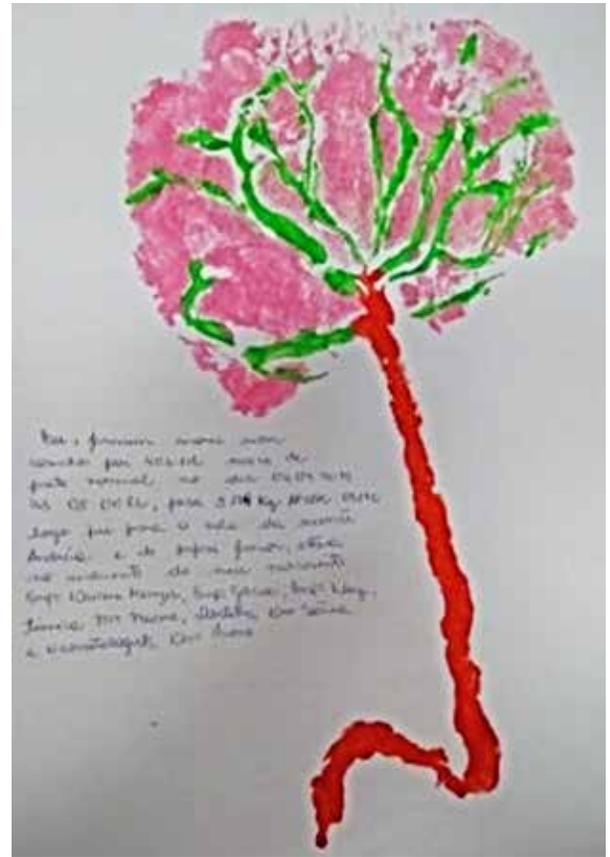
Padronização do número de leitos por enfermaria, poltronas para acompanhantes.



Padronização da sala de parto, ambiência, temperatura da sala, agilidade nos atendimentos neonatais.



Protocolo assistencial de enfermagem obstétrica, novo livro de parto.



Print da placenta, árvore da vida.



Eventos e encontros entre equipe, pacientes e comunidade.

MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA – SALVADOR (BA) – BRASIL

Graziele Matos Oliveira¹
Maíza Braga Ramos da Silva²
Keury Thaisana Rodrigues dos Santos Lima³
Larissa Celeste Araújo Paiva⁴
Leonildo Severino da Silva⁵
Rosane Sousa Barreto⁶

HISTÓRICO INSTITUCIONAL

A Maternidade Climério de Oliveira (MCO), situada no Bairro de Nazaré, em Salvador (BA), encontra-se sob a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e é vinculada ao Ministério da Educação, pois compõe a unidade Docente-Assistencial de Obstetrícia e Saúde Perinatal da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

É a primeira maternidade-escola construída no Brasil, inaugurada em 30 de outubro de 1910, e foi planejada por iniciativa do professor Climério Cardoso de Oliveira, que, após intensa movimentação popular, conseguiu recursos federais para a construção da maternidade. Na época, foi considerada por especialistas da área como uma das melhores maternidades-escola do mundo em instalações e equipamentos (EBSERH, 2019).

A instalação da Maternidade Climério de Oliveira foi importante ferramenta na conquista de avanços na área de obstetrícia, ambição de boa parte dos médicos da capital baiana. A instituição, além de ter espaço para a realização de partos na cidade, funcionaria como centro de pesquisa. Em suma, uma maternidade-escola que apoiaria na formação de novos médicos na Faculdade de Medicina (EBSERH, 2019).

Logo após a inauguração, a Maternidade, que, segundo o contrato preestabelecido, seria parte integrante da Santa Casa de Misericórdia, passou a fazer parte da Faculdade de Medicina da Bahia. A mudança foi possível graças a uma alteração feita pelo governo – no artigo do contrato entre a Santa Casa e a faculdade – a pedido do professor Alfredo Brito (EBSERH, 2019). A MCO tornou-se, assim, o primeiro espaço reservado para o atendimento obstétrico-ginecológico no Brasil que tinha a finalidade específica de maternidade/escola. Nela, as mulheres da capital baiana teriam o amparo que até então o poder público não oferecia. A inclusão da população pobre crescia aliada ao ensino e à pesquisa dos novos médicos da Faculdade de Medicina da Bahia. A cultura soteropolitana se modificava e a agenda higienista e a civilização da arte de parir dava novos dados estatísticos à mortalidade infantil do país (EBSERH, 2019).

A MCO tomou forma no decorrer dos anos e foi firmando-se enquanto instituição de atendimento à saúde materno-infantil. Atualmente está certificada como Hospital de Ensino e Hospital Amigo da Criança, tendo recebido em 2013 a menção honrosa como Hospital Amigo da Mulher, Prêmio Dr. Pinotti, e também o Certificado de Excelência na categoria Ouro para o Banco de Leite Humano em 2014 e 2015 (EBSERH, 2019).

¹Enfermeira obstetra assistencial da Maternidade Climério de Oliveira

²Enfermeira obstetra assistencial da Maternidade Climério de Oliveira

³Enfermeira obstetra assistencial da Maternidade Climério de Oliveira

⁴Enfermeira obstetra assistencial da Maternidade Climério de Oliveira

⁵Enfermeiro obstetra assistencial da Maternidade Climério de Oliveira

⁶Enfermeira obstetra assistencial da Maternidade Climério de Oliveira

É referência para os Distritos Sanitários do Centro Histórico e Barra/Rio Vermelho, do município de Salvador, com serviços de Urgência e Emergência obstétrica e neonatal 24 horas com acolhimento e classificação de risco (EBSERH, 2015). No entanto, desde 2017 passa por uma modernização do centro obstétrico e, por conta disso, os atendimentos de emergência foram suspensos, sendo que todos os equipamentos e a equipe hospitalar passaram a atender, em outra unidade hospitalar provisória, mulheres oriundas da central de regulação do estado da Bahia. Os atendimentos ambulatoriais continuaram mantidos na instituição original da MCO. A medida foi tomada tendo em vista que o Centro Obstétrico da MCO tinha estrutura física centenária e necessitava de adequações para cumprir às normativas atuais de qualidade e segurança, no atendimento às mulheres e família (EBSERH, 2017).

A instituição tem uma equipe multidisciplinar e compreende atividades ambulatoriais e hospitalares em Neonatologia, Ginecologia, Obstetrícia, Anestesiologia, Ultrassonografia, Endocrinologia, Clínica Médica, Neurologia, Oftalmologia e Cardiologista Neonatal, além dos serviços de Farmácia, Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Fonoaudiologia, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento. Conta com Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencional (UCINCO) e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru (UCINCA), além do Espaço de Convivência, onde são acolhidas as genitoras que aguardam a alta do recém-nascido (RN) da UTIN/UCINCA. Tem também Banco de Leite Humano (BLH), o primeiro da Região Metropolitana de Salvador.

No campo de ensino e pesquisa, a MCO garante espaço para graduação, residência e especialização médica, campos de prática para as graduações e pós-graduação das áreas de Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Farmácia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Nutrição, além de campo de estágios para cursos de nível médio como o técnico em Enfermagem (EBSERH, 2015).

A MCO é considerada de médio porte, tipo específico de média complexidade com Administração Direta da

Esfera Federal. A instituição realizava uma média de 340 partos mensais antes da reforma em 2017. Possuía 79 leitos para internamento, distribuídos entre Enfermarias, Alojamento Conjunto, Espaço de Convivência, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCINCO), Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru (UCINCA), e mais 6 (seis) leitos de emergência para o atendimento de pacientes no pré-parto (EBSERH, 2015).

CONTEXTO DA INSERÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTETRA

A partir de 2013, quando a EBSERH firmou contrato com a Maternidade Climério de Oliveira, a instituição tem passado por muitas mudanças. Os primeiros funcionários da EBSERH chegaram em 2014 e até então o contexto de atuação de enfermeiras obstetras era muito limitado. Temos de considerar que, desde sua inauguração em 1910, a MCO tinha, em sua criação, a função de servir à Faculdade de Medicina, tal como nós, enfermeiras(os) obstetras, escutamos em nossa própria acolhida na instituição. De certa forma, esse preâmbulo sócio-histórico tem um arcabouço de relações de poder que permeia a realidade vivenciada até recentemente. Nós chegamos numa instituição que, além da estrutura física centenária, tinha práticas antigas cuja ruptura não viria a ser tão fácil e com situações que até os dias atuais temos dificuldade em romper, a saber, principalmente a assistência ao parto normal de risco habitual por enfermeiras obstetras.

Nesse sentido, considerando o protagonismo técnico e tecnológico da medicina obstétrica brasileira, e em particular da Maternidade Climério de Oliveira, o reconhecimento e o orgulho de tal protagonismo atravessaram e motivaram gerações de médicos obstetras e ainda colaboram com práticas que necessitam evoluir e se resignificar, e com postura ativa diante das inovações tecnocientíficas (NAKANO *et al.*, 2016).

Vale refletir que estamos numa era de biomedicalização e controle de riscos (ROSE, 2013) e que aí a ação do obstetra é resignificada: ele precisa antever riscos e encontrar formas de manejá-los, baseado na crença de que os recursos tecnológicos da biomedicina favorecem o entendimento, de que eles estão no controle com a cesárea, percebendo-a como segura

(CHACHAM, 2012). Assim sendo, a cesariana em situação de emergência é representada como desfavorável, pois para usufruir de bons resultados que a técnica oferece, e contornar riscos, ela deve ser “eletiva”, onde os obstetras não são expectantes: eles “sabem”, “agem” e “fazem” (NAKANO *et al.*, 2016).

Discorrendo sobre a história e as práticas da MCO, é notório que a principal dificuldade que enfrentaríamos seria a quebra de uma hegemonia médica instaurada desde 1910 e que diversas enfermeiras obstetras, antes de nós, obviamente também ousaram enfrentar, mas foram desgastadas pela correlação de forças políticas e profissionais que não as ajudaram. E então foram sendo colocadas em lugares de trabalho não escolhidos por elas, mas pela assistência médico-centrada. Essa nossa afirmação tão forte é baseada nas conversas do cotidiano que tínhamos com as estimadas colegas mais antigas no serviço. Qualquer inovação que propúnhamos era imediatamente julgada por elas como impossível de ser colocada em prática diante do poder médico dos obstetras, notadamente aqueles profissionais mais antigos.

Foi nessa conjuntura que, nos anos de 2014-2015, chegamos, recém-concursados da EBSERH, para atuar na MCO e com a missão de criar condições de mudanças nos processos assistenciais. Sabíamos que enfrentaríamos muitas dificuldades e tínhamos também nossos processos de formação profissional que já nos colocavam diante dos desafios da assistência de enfermagem obstétrica baseada na mudança de um paradigma centrado na figura do profissional para uma assistência focada na parturiente. Após um processo de ambientação com nossa inserção e de mudanças institucionais, tal como a própria gestão da EBSERH, fomos convocados(as) para fazer o Aprimoramento, nos Hospitais da Cegonha Carioca, pelo projeto de extensão proposto pela Escola de Enfermagem Anna Nery, pertencente à Universidade Federal do Rio de Janeiro no estado do Rio de Janeiro. O curso foi um divisor de águas no processo de implantação de uma assistência obstétrica que deixasse de ser apenas centrada na figura do(a) médico(a) obstetra.

A coordenação de enfermagem da MCO nos enviou em duplas à medida que as turmas iam sendo formadas. Inicialmente, em janeiro do ano de 2015, foram as

enfermeiras obstetras Rosane Barreto e Keury Rodrigues. Posteriormente, em maio de 2015, foram Larissa Paiva e Leonildo Silva. No ano de 2017, foram fazer o Aprimoramento as enfermeiras obstetras Grazielle Oliveira e Maíza Silva.

Certamente, depois da nossa formação no curso do Aprimoramento, seguiríamos mais confiantes na implantação das tecnologias de cuidados assistenciais obstétricos que julgamos ser adequadas às novas evidências científicas, principalmente no contexto de uma maternidade-escola, que estava se abrindo para novos saberes não centrados exclusivamente na formação médica.

IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO POR ENFERMEIRAS OBSTETRAS

O início do processo de atendimento ao parto normal de risco habitual pelo(a) enfermeiro(a) obstetra foi bem difícil, como já era esperado, mas conseguimos iniciar diversos processos, que foram ampliados após a primeira dupla de enfermeiras fazer o curso de Aprimoramento. Entre o final do ano de 2014 e início de 2015, foi implantado o serviço de Acolhimento com Classificação de Risco, inicialmente desenvolvido por enfermeiras obstetras e depois com a inserção das demais enfermeiras assistenciais, por meio de capacitações e treinamentos, e foi iniciada a assistência e cuidado às mulheres no momento do parto por enfermeiras obstetras.

No ano de 2015, nos envolvemos na construção de um protocolo assistencial para atuação da enfermeira obstetra com a intenção de padronizar nossas condutas, fruto de nossa vivência conforme havíamos observado nas maternidades do Cegonha Carioca (RJ) durante o curso do Aprimoramento. Tal protocolo ganhou notoriedade na maternidade ao longo dos anos e não foi finalizado ainda, devido ao fato que vem se tornando um protocolo de assistência ao parto normal na instituição, não limitado apenas à enfermeira obstetra.

A construção desse protocolo nos motivou a implantar outras tecnologias de cuidados de enfermagem obstétrica às mulheres da nossa instituição indepen-

dente de serem de risco habitual ou de alto risco, pois pretendíamos implantar tecnologias de cuidado até então desconhecidas ou desaprovadas pela equipe médica.

Nesse sentido, introduzimos com recursos próprios o uso de aromaterapia e musicoterapia, conforme aceitação das mulheres. Considerando ainda a estrutura antiga da maternidade, que já comentamos na abordagem histórica, tínhamos dificuldade em utilizar recursos individualizados junto às mulheres.

Por esse motivo, foi necessária a separação no Centro Obstétrico entre os leitos que compunham o pré-parto 1, com quatro leitos, principalmente destinados a mulheres de alto risco, e os leitos que compunham o pré-parto 2, destinados a parturientes de baixo risco. Esse era um espaço com dois leitos, voltados a uma certa autonomia da enfermagem obstétrica até então inexistente na instituição, no qual não apenas acompanhávamos as mulheres, mas também conduzíamos todo o parto, inclusive com a participação de estudantes e residentes. Nossa única limitação, que perdura até hoje, é a prescrição de enfermagem no pós-parto, devido a não finalização do protocolo de assistência ao parto normal.



Primeira utilização de aromaterapia.



Institucionalização das tecnologias de cuidados de enfermagem.



Pré-parto 2, com dois leitos e atuação da enfermagem obstétrica.

Apesar da dificuldade assistencial ligada a questões estruturais do Sistema Único de Saúde, como situações de superlotação dos serviços, urgências obstétricas sem condições de cuidados humanizados, entre outras, obtivemos grande avanço nesse início de processo assistencial, que se deslocava da abordagem técnica médico-centrada para a assistência integral centrada na mulher/gestante/parturiente.

As tecnologias de cuidados relativamente simples só foram se consolidando a partir do momento em que nós, enfermeiras(os) obstetras, nos sentimos capazes de demonstrar à equipe médica que elas favoreciam o protagonismo da mulher no processo de parturição e que até então eram pouco utilizadas, como as diversas posições assumidas pela mulher durante o trabalho de parto e no período expulsivo, assim como a confecção de uma imagem da placenta para simbologia de um rito de passagem daquela mulher no parto.



Liberdade de posição da paciente em todo o partejamento e parto.



Protagonismo da mulher na escolha e conforto promovido pelo acompanhante.



Carimbo da placenta como simbologia do rito de passagem.

As mudanças nos processos assistenciais foram ocorrendo aos poucos, principalmente quando as duplas de *aprimorandos* iam desenvolvendo seus projetos de intervenção. No entanto, podemos dizer que foram tão significativas que resultaram em um curso local com enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem da maternidade na perspectiva de expandir o conhecimento adquirido, bem como promover uma educação permanente alinhada com a perspectiva assistencial centrada na paciente e na qualificação do cuidado ofertado.

Esse curso, denominado de “Aprimore”, que é o curso de qualificação em obstetrícia e neonatologia para enfermeiras e técnicas de Enfermagem (figuras 7 e 8), tem capacitado toda a equipe da maternidade, di-

vidida em turmas diversas, com todos os conteúdos mais recentes, atividades teóricas e práticas baseadas em evidências científicas. O curso conta ainda com a participação de profissionais de outras maternidades do estado, bem como com a parceria da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e de outras maternidades como campos de prática para o desenvolvimento das preceptorias. Até então isso foi promovido e alinhado a um grande esforço institucional de criação de linhas de cuidados que visam à uniformização dos processos assistenciais, tal como o Protocolo de Hemorragia Pós-Parto (figura 9), que integra ações de educação permanente, e a proposta da Organização Pan-Americana de Saúde de Zero Morte Materna por Hemorragia Pós-Parto.



Turma do curso “Aprimore” em aula prática no laboratório de habilidades da Escola de Enfermagem da UFBA.



Aula inaugural e turma do curso “Aprimore” em aula teórica na Escola de Enfermagem da UFBA.



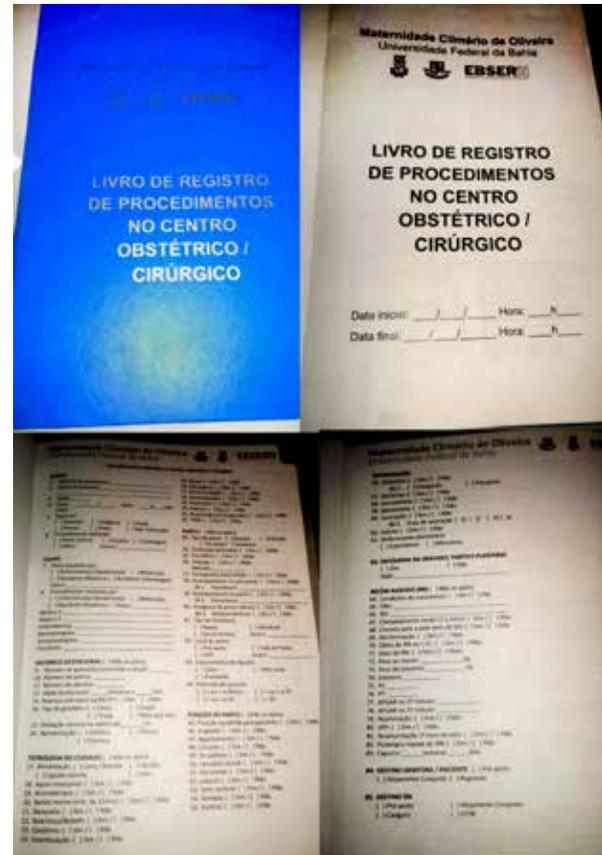
Maleta de emergência: Hemorragia pós-parto.

Tais avanços careciam de uma reorganização dos registros institucionais para que pudéssemos ter estatísticas confiáveis de indicadores positivos em relação às mudanças implantadas. Nessa perspectiva, propomos um conjunto de indicadores para registro dos procedimentos ocorridos na instituição com um melhor acompanhamento das mudanças. O livro de registro foi aprovado institucionalmente e temos internamente uma melhor avaliação dos processos assistenciais.

Salientamos que fazemos parte de uma maternidade-escola, local direcionado, desde sua fundação, para formação médica. Daí outro desafio que se impunha para nós era a expansão do treinamento em serviço, ou seja, a especialização sob a forma de residência, também para a enfermagem, já que a Universidade Federal da Bahia tem cursos de residência médica e multiprofissional, mas na MCO apenas residentes médicos atuavam. Diante das mudanças nos processos assistenciais, a Escola de Enfermagem da UFBA se interessou em firmar com a MCO um campo de prática para residentes de enfermagem obstétrica, o que só ocorria anteriormente em outras instituições do estado da Bahia. Foi a partir da chegada dessas residentes que ampliamos a qualificação do processo assistencial também para o pré-natal, com uma consulta integral voltada para as necessidades das mulheres durante a gestação.

Dessa maneira, no final do ano de 2017, foi inaugurada a primeira Casa da Gestante, Bebê e Puérpera da Bahia, vinculada a COM, cuja atuação das enfermeiras obstetras também foi essencial em sua implantação. É no espaço da Casa da Gestante, Bebê e Puérpera que se reúne semanalmente, até os dias atuais, um Grupo de Gestantes com aquelas atendidas no pré-natal, cujo objetivo é a preparação dessas mulheres

para as mudanças não só na gravidez, mas em todo o processo de parto e puerpério, vinculando e qualificando assim o atendimento de pré-natal com a assistência humanizada no parto, bem como o processo de formação das residentes de enfermagem.



Livro de Registro.

Concluimos que o curso de Aprimoramento promovido pela Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ não apenas nos qualificou e fortaleceu nossa segurança nos processos assistenciais e cuidados de enfermagem humanizados centrados na mulher por meio de tecnologias de cuidados, mas também gerou desdobramentos que culminaram em estratégias institucionais de qualificação de demais funcionários(as), a exemplo do curso “Aprimore”, e quebra de paradigmas da hegemonia médica, tal como posições verticais para o parto e sua realização por enfermeiras(os) obstetras. Também possibilitou a inserção de residentes de enfermagem na instituição, por meio da qualifica-



Grupo de Gestantes.

ção de enfermeiras(os) obstetras que poderiam atuar como preceptoras(es) qualificadas(os), ampliando ainda essa integralidade para um pré-natal de qualidade na formação de novas(os) enfermeiras(os) obstetras. É importante salientar que a maioria das(os) aprimorandas(os) ingressaram no mestrado/doutorado acadêmico/profissional, aperfeiçoando a pesquisa em sua área e fortalecendo objetivos centrais para o cuidado à mulher e família.

REFERÊNCIAS

CHACHAM, A. S. Médicos, mulheres e cesáreas: a construção do parto normal com “um risco” e a medicalização do parto no Brasil. In: JACÓ-VILELA, A. M.; SATO, L. (Org.). **Diálogos em psicologia social**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012, p. 420-451.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EB-SERH). **Maternidade Climério de Oliveira – MCO – UFBA**. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/mco-ufba/apresentacao1>. Acesso em: 15 set. 2019.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EB-SERH). **Maternidade Climério de Oliveira – MCO – UFBA – Especialidades**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/mco-ufba/especialidades>. Acesso em: 15 set. 2019.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EB-SERH). **Maternidade passa por reforma e internamentos são suspensos**. Brasília, 2017. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/mco-ufba/noticias/-/asset_publisher/ja6iNwk7KTLy/content/id/2400770/2017-09-maternidade-passa-por-reforma-e-internamentos-sao-suspensos. Acesso em: 15 set. 2019.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro *Obstetrícia*, de Jorge de Rezende. **História, Ciências, Saúde. Manguinhos**, v. 23, n. 1, p. 155-172, 2016.

ROSE, N. **A Política da própria vida**: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus, 2013.

MATERNIDADE MUNICIPAL DE JUAZEIRO – JUAZEIRO (BA) – BRASIL

Alnira Oliveira Alencar¹
Gittanha Fadja de Oliveira Nunes²
Khesia Kelly Cardoso Matos³
Maria Uiara Santos Holanda⁴
Waldirene Aparecida Cunha dos Santos⁵

O processo de implementação das atividades propostas no Curso de Qualificação de Enfermeiras Obstetras – UFRJ, com enfoque no componente parto e nascimento, propôs um fortalecimento na luta pela humanização do parto e protagonismo da mulher. Ver outros profissionais do Brasil com o mesmo intuito renovou os ideais e a vontade de mudança na instituição em que trabalhamos e proporcionou novos conhecimentos e mais segurança na prestação da assistência ao parto. Diversas estratégias foram desenvolvidas na busca pela qualidade, o que implicou ultrapassar práticas já consolidadas e individualistas para assumir práticas coletivas que envolvessem todos os profissionais.

Nesse sentido, procedeu-se a sensibilização sobre as boas práticas de assistência ao parto com participação de toda a equipe de Enfermagem, envolvida na assistência direta ao binômio. A tarefa exigiu disponibilidade, conhecimento e impactação em relação às atividades propostas. Com isso, houve melhora significativa na ambiência através da implementação da musicoterapia como tecnologia de cuidado, o silêncio com a diminuição de conversas paralelas que eram constantes no momento do parto, uma melhor compreensão por parte da equipe de que o parto é fisiológico e não precisa de tanta intervenção desnecessária.

Com a percepção da importância da autonomia da mulher, além da efetivação de métodos não farmacológicos de alívio da dor, outra característica importante foi a diminuição dos puxos dirigidos, que eram algo inerente na cultura dos profissionais, e a realização dos partos com melhor ambiência, a grande maioria em penumbra.

Um importante avanço conseguido foi a sensibilização da equipe multiprofissional na efetivação das práticas de humanização de assistência ao parto, tais como diminuição drástica de episiotomia, amniotomia precoce, e maior adesão e respeito à prática do contato pele a pele na primeira hora de vida e estímulo ao aleitamento materno.

No Centro de Parto Normal (CPN), foi feito o livro de Relato do Parto, no qual a paciente descrevia suas experiências exitosas do trabalho de parto e parto. E outro livro, para a equipe, de reuniões e educação em serviços. A cada plantão, eram realizadas palestras com as puérperas de temáticas diversas (Aleitamento Materno Exclusivo, Planejamento Familiar, Primeira Consulta do Recém-Nascido, Puericultura, entre outras).

Em toda a maternidade, foram montados *kits* práticos para a assistência à urgência e emergência (Kits de Hemorragia Pós-Parto, Pré-Eclâmpsia, Kit Parto, Kit

¹Enfermeira obstetra assistencial

²Enfermeira obstetra assistencial

³Enfermeira obstetra assistencial

⁴Enfermeira obstetra assistencial

⁵Enfermeira obstetra. Coordenadora de Enfermagem

de Sonda Vesical de Demora, Kit de Sonda Vesical de Alívio), além da organização do “Carrinho de Parada Cardiorrespiratória”, com melhoria na organização e padronização da assistência.

No posto de enfermagem do Centro Obstétrico, implementou-se um quadro organizacional no qual continha: nome da paciente, leito, idade gestacional, risco, quantidade de gestações, partos e abortos, avaliação obstétrica com horários. Isso facilitou a visualização das informações das pacientes e a comunicação entre os profissionais, evitando o uso de várias fitas crepes nas capas dos prontuários com essas informações. Essa implementação reduziu os esquecimentos e erros na assistência.

Entre outras estratégias para fortalecimento do vínculo do profissional com a paciente foi desenvolvido o projeto “Boas-Vindas”, no qual são realizadas visitas em dias programados em vínculo com a atenção básica, recepcionadas por um enfermeiro plantonista que apresenta todo o hospital.

Durante todo o processo de mudanças, percebe-se a receptividade da gestão com foco na melhoria da qualidade da assistência ao realizar o dimensionamento de profissionais com o aumento do quadro efetivo de enfermeiros e de técnicos de enfermagem, além da compra de uma ambulância para o serviço, o que facilitou consideravelmente as transferências para o hospital de referência de alto risco.

E também o Programa Mãe Sertaneja, criado para garantir a melhoria da qualidade do pré-natal, acesso ao parto, consulta puerperal precoce e estímulo ao aleitamento materno. O programa tem como objetivos capacitar, referenciar e integrar a rede municipal, estimulando o cuidado baseado em evidências científicas, com respaldo nos princípios da humanização.

Outro programa implementado foi o “Estímulo ao uso do DIU” tanto para as mulheres no pós-parto como para as encaminhadas pela Atenção Básica, tendo como requisitos no pós-parto a verbalização da vontade ou encaminhamento do(a) enfermeiro(a) que realizou o pré-natal, assim como para as que não se encontram no ciclo gravídico-puerperal, apresentando citologia oncológica recente e encaminhamento do planejamento familiar, ambos realizados na maternidade.

A SEGUIR, ALGUNS REGISTROS FOTOGRÁFICOS DOS AVANÇOS!



Treinamento de equipe.



Sensibilização de humanização e explanação após o retorno do Curso de Qualificação.



Parto verticalizado.



Retirada do *box* do banheiro para ampliação de espaço físico para partejar.



Parto em Lótus.



Visita de mães à maternidade.



Contato pele a pele.



Aquisição de nova ambulância para transferência.



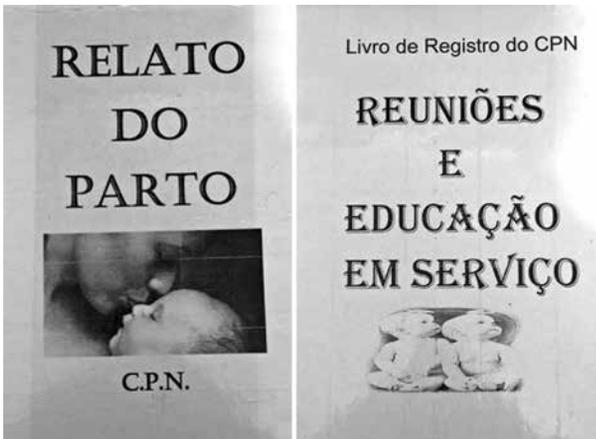
Fortalecimento da inserção do acompanhante.



Kits emergenciais.



Melhoria da ambiência.



Implantação de livros para registro de experiências e controle de informações.

CENTRO DE PARTO NORMAL MARIA DE NAZARÉ RODRIGUES BURITICUPU (MA) – BRASIL

Acenate Fernandes da Silva¹
Antônia Oliveira da Silva Campos²
Danicleide Tavares Cruz³
Jadeane Medeiros Pereira Souza⁴
Fabiano Gomes Quixaba⁵

O Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues (CPNMNR) foi implantado de acordo com a Portaria de nº 11 de 2015, que define as normas para implantação, habilitação e funcionamento do CENTRO DE PARTO, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal.

Habilitado como CPN intra-hospitalar, tem em sua estrutura 5 salas de pré-parto, parto e puerpério (PPP), sendo uma com banheira, 2 solários, 1 área de vivência, 1 posto de enfermagem e 5 alojamentos conjuntos com 2 leitos cada. A equipe é composta de 10 enfermeiros obstétricos, 15 técnicos em enfermagem, 10 auxiliares de serviços gerais, 5 recepcionistas e 5 agentes de portaria.

Essa unidade é destinada à assistência ao parto de baixo risco, sendo pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada em suas dependências internas ou imediações.

A equipe de enfermagem obstétrica sempre esteve alinhada buscando oferecer uma assistência de qualidade às gestantes no CPNMNR. O acolhimento e a classificação de risco são realizados pelo(a) enfermeiro(a) obstétrico(a) e, durante o acolhimento, explica-

mos as normas e rotinas assistenciais de acordo com o protocolo da instituição. A mulher é então direcionada a uma sala PPP, onde fica durante todo o trabalho de parto, parto e puerpério. As avaliações obstétricas são realizadas em intervalos fixos de 2 em 2 horas ou conforme necessidade. Seguimos também as orientações do Ministério da Saúde sobre clampeamento oportuno e contato pele a pele ininterrupto. Somente após duas horas de pós-parto, a mãe é encaminhada ao ALCON.

Entretanto, existiam algumas falhas na assistência à gestante antes do Curso de Aprimoramento de Enfermeiros Obstétricos, ministrado no Rio de Janeiro pela Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ: alguns enfermeiros ainda realizavam episiotomia, manipulação perineal no período expulsivo e manobras de Kristeller e poucos da equipe davam assistência direta às parturientes nos partos em posição vertical.

Após o curso de Qualificação, as nossas práticas assistenciais foram ganhando um novo formato. Conseguimos implantar novos impressos, entre eles o partograma, atualizamos o livro obstétrico, foram realizadas qualificações sobre violência obstétrica e utilização do partograma para os profissionais, começamos a orientar as mulheres sobre os seus direitos durante o pré-parto, parto e puerpério. Hoje trabalhamos com taxa zero de episiotomia e de manobra

¹Enfermeira obstetra assistencial

²Enfermeira obstetra assistencial

³Enfermeira obstetra assistencial

⁴Enfermeira obstetra assistencial

⁵Enfermeiro obstetra assistencial

de Kristeller pela enfermagem obstétrica e, ainda, uma média de 40% dos partos de baixo risco são assistidos em posição vertical.

Antes do curso de Aprimoramento, desconhecíamos a arte de pintar a placenta. Hoje já fazemos essa linda arte. Aumentamos o uso de tecnologias não farmacológicas para alívio da dor durante o trabalho de parto, incluindo o uso de óleos essenciais. Após o curso, conseguimos implantar o protocolo de assistência a hemorragias, melhoramos a assistência direta ao binômio e realizamos palestras para repassar aos profissionais dessa unidade o conhecimento adquirido durante o curso de aprimoramento. Firmamos uma parceria junto ao **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)** para realização das visitas das gestantes ao CPNMNR.

Acenete Fernandes da Silva ressalta que conseguimos vivenciar o nascer de uma forma que não conhecíamos. Sempre achamos que fosse necessária a manipulação perineal e os puxos dirigidos para que a mulher conseguisse parir, o que destruía o protagonismo da mulher. Somente após o curso, percebemos que o organismo e os hormônios são os guias para que a mulher possa saber o que fazer durante o trabalho de parto. E isso é algo instintivo que nenhuma orientação ou exigência do profissional consegue fazer. Presenciamos um nascimento lindo dentro do banheiro, a gestante deitada no chão, com a cabeça dentro da banqueta. Seu corpo parecia desengonçado, mas parecia tão fácil ficar daquele jeitinho. Ela foi se aconchegando até encontrar a posição ideal naquele movimento. E foi assim que pariu e segurou seu bebê no colo em lágrimas. Foi então que percebemos que não estávamos lá para fazer um parto, estávamos para assistir, somente como espectadores, naquele dia entendemos a verdadeira essência do parto.

Tivemos o prazer de conhecer e aprender a utilizar novas técnicas não farmacológicas para alívio da dor durante o trabalho de parto, entre elas massagens e uso de óleos essenciais. Começamos a utilizar com mais frequência a bola de Bobath, a banqueta e a escada de Ling.

Foi a qualificação no curso de Aprimoramento que transformou a assistência de forma integral, proporcionando melhoria nos nossos indicadores e, principal-

mente, na assistência direta à mulher no parto normal de baixo risco.

Danicleide Tavares Cruz relata que a vivência no curso de Aprimoramento foi radicalmente transformadora no quesito pessoal e profissional. Apesar de trabalharmos em obstetrícia há muitos anos, não tínhamos participado de nada igual.

Vivenciamos técnicas de respiração e relaxamento na hora do parto, conscientização da importância da amamentação nas primeiras horas de vida do neonato. Foram realizadas orientações acerca do uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, os quais se mostraram de suma importância na redução da duração do trabalho de parto.

Entre as tecnologias não farmacológicas utilizadas, destacam-se o cavalinho, o banho de chuveiro ou imersão em água morna, as massagens na região lombar, as técnicas de respiração e relaxamento muscular, os exercícios na bola, as mudanças de posição, a utilização da musicoterapia e aromaterapia. A conversa com a paciente, assim como o incentivo à movimentação durante o trabalho de parto, a mudança de posição no decorrer desse processo, como cócoras, posição lateralizada e a deambulação, cujo objetivo maior era que o parto e o nascimento pudessem ser conduzidos pela parturiente.

Durante o trabalho de parto efetivo, eram realizadas também medidas como aumento do “contato pele a pele”, do “clampeamento tardio do cordão” e a presença de um acompanhante. Tudo isso de acordo com a escolha e o consentimento da mulher. Com a finalidade de promover uma assistência humanizada, a mulher era estimulada a realizar esses exercícios até o ponto que achasse necessário para transformar o momento do parto o mais fisiológico possível com sua participação ativa.

Retornamos com um pensamento totalmente diferente do que tínhamos antes. Aprendemos a nos colocar mais no lugar da mulher, ouvindo suas queixas, dores, medos. Respeitando de forma mais natural e fisiológica possível o momento do parto, dando mais autonomia à participação ativa da paciente, respeitando o momento dela e do bebê. Aprendemos também a ofertar estratégias não farmacológicas para alívio da dor e exercícios facilitadores do trabalho de parto.

O que mais nos permitiu segurança após o curso de Aprimoramento foi o parto da mulher com o uso da banqueta. A posição acaba por recuperar a mobilidade perdida e permite que a pelve se alargue mais que em outras posições, o que resulta em vários benefícios para a mãe e para o bebê no momento do parto, com maior alargamento da pelve, facilitando a saída do bebê. Um parto mais rápido, menos doloroso e com aproveitamento mais eficaz da força que a mãe faz, além da facilidade de movimento, diferente de quando está deitada. Um parto menos traumático para o períneo, com circulação sanguínea superior aos outros partos, o que ajuda nas contrações e na saúde do bebê com esse empoderamento.



Arte de pintar placenta – profissionais do Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues.



Contato pele a pele.



Parto na banqueta.



Acompanhante realizando massagens para alívio da dor durante o trabalho de parto.



Visita das gestantes ao Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues.



Estágio das residentes em enfermagem obstétrica realizado no Centro de Parto Normal.



Qualificação dos Profissionais de Saúde.

Qualificação sobre violência obstétrica e oficina (ca-rimbo de placenta) para os profissionais de saúde, incluindo a direção e coordenação de Enfermagem do Centro de Parto, foi propor iniciativas de humani-zação e informação no ambiente de trabalho, assim como incentivar o desenvolvimento de uma nova cul-tura que fortaleça a realização pessoal e profissional dos trabalhadores e o respeito e a valorização hu-mana. Com isso, acreditamos no respeito pela indivi-dualidade e o reconhecimento de que cada um pode contribuir para que a humanização seja constante no ambiente de saúde.

Não temos fotos do antes, pois somente após fazer o curso de Aprimoramento vimos a necessidade de mu-danças no nosso atendimento e de repassar as boas práticas aos nossos funcionários com um atendimento mais humanizado.



Parto na banheira.



Massagens para alívio da dor.

HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL DE IMPERATRIZ IMPERATRIZ (MA) – BRASIL

Antonia Ludymila Almeida dos Santos Lima¹
Joelma Feitosa Monteiro²
João Marinho³
Maryane Gomes Maia⁴
Nara Geovane da Costa Nascimento⁵
Silvana Castro Ferreira⁶
Thayla Dayane Pereira de Oliveira Costa⁷

O Maranhão apresenta uma população de 6.574.789 habitantes, distribuídos em 217 municípios, conforme Censo Demográfico 2010. A cidade de Imperatriz tem área territorial de 1.368,987 km² e sua população em 2018 era de 258.016 habitantes, sendo considerada o segundo município mais populoso do estado maranhense. Sede da Região de Planejamento do Tocantins e da Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense, com sete municípios conturbados, a cidade se estende pela margem direita do Rio Tocantins e é atravessada pela Rodovia Belém-Brasília, situando-se na divisa com o estado do Tocantins (IMPERATRIZ, 2019).



Município de Imperatriz (MA). Fonte: Jornal Diário da Manhã – 2017.

O Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz, segundo o Museu Virtual de Imperatriz (2019), foi construído no início da década de 80 com o nome de Maternidade Mãe Pobre de Imperatriz, obra do governo estadual na administração do senhor João Castelo. Algum tempo depois, passou a ser denominado Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz (HRMII). É a única maternidade pública de referência que atende a população de toda a região tocantina em casos de baixa e alta complexidade.

Hoje a Maternidade é referência em humanização da assistência à mulher e família no parto e nascimento seguro da micro e macrorregião para 42 municípios maranhenses e referência também para municípios dos estados do Tocantins e Pará localizados na divisa do Maranhão.

Realizam-se, em média, cerca de 650 partos/mês entre cesarianas e partos normais. Dispõe de 82 leitos de alojamento conjunto e de 63 leitos na Unidade Neonatal, credenciados e distribuídos em 40 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), 17 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo) e 6 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa). Contempla setores de Acolhimento com Classifica-

¹Enfermeira obstetra assistencial

²Enfermeira obstetra assistencial

³Enfermeiro obstetra assistencial

⁴Enfermeira obstetra assistencial

⁵Enfermeira obstetra assistencial

⁶Enfermeira obstetra assistencial

ção de Risco, Centro Cirúrgico/Obstétrico (pré-parto), setor exclusivo de assistência ao abortamento e Óbito Fetal, Alojamento Conjunto para assistência à mulher com gestação de alto risco, puerpério e recém-nascido. Tem setor de Banco de Leite, Ouvidoria, Follow-Up, Núcleo Interno de Regulação (NIR), Casa de Gestante-Bebê-Puérpera (CGBP) e participa do Projeto “QualiNEO/MS”, que visa à redução da mortalidade neonatal. O HRMII iniciou há poucos meses um projeto para o atendimento de pré-natal noturno, que contribui e amplia o acesso do “PAI” às consultas, fortalecendo vínculos e compartilhando o cuidado.

O HRMII está passando por uma reforma e ampliação de sua estrutura física. Atualmente o Centro Cirúrgico/Obstétrico é composto de 2 salas de cirurgias, 1 sala para atendimento de recém-nascido (SRN), 1 unidade de recuperação pós-anestésica (URPA), onde ocorrem em torno de 300 partos cesarianos. Após a reforma e ampliação do hospital, o setor passará a dispor de Sala da Coordenação Setorial, Sala da Família, 2 vestiários: 1 feminino e 1 masculino, Sala de Arsenal, Sala de Guarda de Equipamentos, Guarda-Marcas, Departamento de Material e Limpeza (DML), Sala de Estar Multiprofissional, 3 Salas Cirúrgicas, Sala de Reanimação Neonatal, Sala de Expurgo, Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA) composta de 6 leitos operacionais, Unidade Satélite de Distribuição da Farmácia e Sala de Preparo de Parturientes.

Para a assistência ao parto normal, o hospital dispõe de 1 sala composta de 4 leitos PPP (pré-parto, parto, pós-parto) com divisórias para garantir a privacidade da mulher e de seu acompanhante de livre escolha, em respeito à Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005, mais conhecida como a “Lei do Acompanhante”. Nesse local, onde ocorrem aproximadamente 350 partos normais, há 1 Sala de Parto composta de 2 mesas de parto para atendimento às gestantes de risco habitual.

Após a reforma e ampliação do HRMII, o hospital disponibilizará do Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar (CPNI), que terá cinco quartos PPP (Pré-Parto, Parto e Pós-Parto Imediato), sendo considerada uma Unidade de Atendimento ao Parto Normal, e contará com mobiliário e ambiência condizentes com o preconizado para receber a parturiente, acompanhante

e recém-nascido de forma digna, respeitosa e confortável, que permita a evolução do parto da forma mais fisiológica possível, ativo, participativo e, sobretudo, seguro. Com essa disposição, o CPNI terá salas com leitos individualizados. A maternidade passará a atender de forma muito próxima o que preconiza a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 36 de 2008.

O HRMII é uma maternidade de referência de vinculação ao parto para 42 Unidades Básicas de Saúde do município de Imperatriz, assim como para outras unidades de saúde dos municípios que compõem a Macrorregional de Saúde da Região Tocantina e também dos estados do Tocantins e Pará, que fazem divisa com o Maranhão.

Ressalta-se que o Ministério da Saúde (MS), através da Rede Cegonha (BRASIL, 2011), vem financiando e estimulando a qualificação da enfermagem obstétrica, fomentando e potencializando uma assistência qualificada, proporcionando segurança e cuidado de qualidade, respeitando os direitos e protagonismo das mulheres no processo de parto e nascimento, por meio de uma cuidadosa avaliação de suas condições clínicas e obstétricas. Ainda, no contexto das estratégias da Rede Cegonha, existem outras ações e projetos como: Parto Adequado, Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, bem como a adesão do HRMII a outras iniciativas com foco também na qualidade da assistência à criança como Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e o Método Canguru, cujos processos de aprimoramento são ofertados com assiduidade aos seus profissionais, ampliando e qualificando a assistência prestada às gestantes e aos bebês no Sistema Único de Saúde (SUS).



Hospital Regional Materno Infantil HRMII Imperatriz-MA.



Reforma e Ampliação do HRMII – Imperatriz (MA).

O HRMII tem se ajustado ativamente em todas essas iniciativas propostas pelo Ministério da Saúde, inclusive com a proposta de trazer para essa região o Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica, de grande importância no processo de formação voltado à assistência perinatal.

No ano de 2009, o MS ofertou para as regiões Norte e Nordeste a estratégia “Plano de Qualificação das Maternidades” (PQM), tendo como foco a redução da mortalidade materna, fetal e Infantil, com ênfase no componente neonatal.

As atividades/oficinas para sensibilização e qualificação dos profissionais que atuavam no projeto aconteceram a partir de outubro daquele ano, sendo que no mês de dezembro ocorreu na cidade de Belém (PA) a 1ª Oficina para os Gestores das Maternidades contempladas com o Projeto, entre elas o HRMII, com a participação do Dr. Marcelo Feitosa, diretor clínico da unidade e de profissionais (enfermeiros e médicos) da Unidade Neonatal.

Segundo o PQM (2010), a partir de janeiro o MS disponibilizou para todas as maternidades incluídas no Plano de Qualificação das Maternidades um “Apoiador Institucional” para trabalhar *in loco* a implementação das atividades preconizadas no projeto. O MS designou a Coordenação Nacional da PNH (Política Nacional de Humanização) e DAPES (Departamento de Ações Programáticas Estratégicas), com as áreas técnicas da Mulher e da Criança, a gestão do projeto em pauta (BRASIL, 2014). Assim, iniciou-se o trabalho da “Apoiadora Institucional” na interlocução com trabalhadores e gestores, organização dos processos internos de mapeamento e diagnóstico do serviço,

fomento às discussões coletivas e protagonismo de seus atores, pautadas nos princípios e diretrizes da PNH (BRASIL, 2003).

Em abril de 2010, o Ministério da Saúde financiou várias visitas técnicas das equipes gestoras das maternidades envolvidas com o Plano de Qualificação das Maternidades (PQM) em outros serviços de referência. A equipe da UTIN do HRMII permaneceu 1 semana acompanhando *in loco* os processos de trabalho do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, em Recife (PE). Posteriormente, a equipe gestora – Dr. Clidenor Simões Plácido (diretor-geral), Dra. Nicemar Lopes de Sousa (coordenadora da Obstetrícia), Dra. Rosalia de Fátima Penna de Carvalho Campos (coordenadora da UTIN), enfermeira obstetra Iracema Sousa Santos Mourão (gerente dos serviços de Enfermagem), enfermeira obstetra Elizete Maria Araújo Diniz (coordenadora setorial de Enfermagem do Centro Obstétrico) e Benta Lopes Silva (apoiadora institucional do MS) – visitou o Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte (MG). Vale registrar que na avaliação da equipe essa visita foi um “divisor de águas”, pois a equipe apropriou-se de várias ferramentas que foram decisivas para as mudanças dos processos de trabalho no HRMII.

Outra oferta do Projeto (PQM/MS) foram as trocas de experiências entre as equipes das maternidades participantes do Projeto com os profissionais “matriciadores” em Obstetrícia e Neonatologia de outros serviços/instituições parceiras, como Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Instituto Federal Fluminense – IFF/FIOCRUZ e Hospital Sofia Feldman, como também o Curso do ALSO/BRASIL – Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia (American Academy of Family Physician – AAFP), considerado referência mundial de melhoria e uniformização da assistência multidisciplinar materna, para aperfeiçoar os resultados do gerenciamento do risco obstétrico das urgências e emergências maternas, estabelecidos pelo ALSO Mundial, ofertado para médicos(as) e enfermeiros(as) obstetras para ação de aprimoramento e atualização, promovido pelo PQM/MS (ALSO/BRASIL, 2019).

As equipes matriciadoras ficavam de 3 a 4 dias interagindo com profissionais nas maternidades. Assim, entre 2010 e 2011, o hospital recebeu a visita

de profissionais médicos obstetras, neonatologistas e enfermeiras obstetras do Hospital Sofia Feldman, referência nacional na Assistência Humanizada ao Parto Humanizado e Nascimento Seguro, compartilhando e disseminando um novo paradigma assistencial e de cuidado à mulher, criança e suas famílias.

No contexto desse novo olhar e modelo assistencial com foco no respeito, dignidade e boas práticas baseadas em evidências científicas, a equipe multiprofissional foi convocada a exercer o protagonismo inerente a cada categoria profissional, como exemplo os fisioterapeutas e as doulas, contribuindo e potencializando a qualidade da assistência ao parto humanizado, a partir do ressignificar dos processos de trabalho e assistência baseada nas evidências científicas, contemplando e agregando fatores como a ambiência com controle de luminosidade e de som, direito ao acompanhante. Esse cuidado compartilhado passa a ser a tônica, instituindo ferramentas como o partograma, elaborando protocolos, monitoramento de indicadores essenciais como vaga sempre minimizando a peregrinação da mulher, direito ao acompanhante, redução de taxas estatísticas de episiotomia, eliminação da manobra de Kristeller, oferta de alimentos leves durante o trabalho de parto, contato pele a pele, aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido, clampeamento oportuno do cordão umbilical, entre outras.

A unidade assistencial torna-se “viva” com a gama de movimentos incorporados no seu cotidiano laboral, as rodas de conversas são sistematizadas, as diretrizes e princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) incorporados no cotidiano de todos os setores. Implantação do Acolhimento com a Classificação de Risco, Cogestão/Gestão Participativa, visita aberta/ampliada, visita antecipada das gestantes à maternidade, os métodos não farmacológicos para alívio da dor como: estímulo a deambulação, bola de Bobath, chuveiro morno, massagens, escada de Ling, entre outros meios.

No decorrer dos anos, a conscientização dos profissionais ocorreu de maneira lenta, gradativa e contínua, porém ainda com a prevalência da medicalização do parto e a assistência biomédica, com altas taxas de episiotomia, práticas de manobras de Kristeller, en-

tre outras intervenções consideradas desnecessárias do ponto de vista humanizado. A atuação da Enfermagem Obstetra ainda não era efetiva em relação ao parto humanizado.

No ano de 2017, o HRMII foi contemplado com o Curso de Extensão: Qualificação Profissional de Enfermeiras(os) com Enfoque no Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha – Ministério da Saúde, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Centro de Ciências de Saúde – Escola de Enfermagem Anna Nery, na cidade do Rio de Janeiro (RJ).

Na ocasião, foram aprimorados 7 enfermeiros obstetras da maternidade, sendo 6 enfermeiros assistenciais e 1 enfermeira coordenadora setorial de serviços de enfermagem. Esses profissionais fizeram um curso de 15 dias em dois hospitais da cidade do Rio de Janeiro, Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda e Hospital da Mulher Mariska Ribeiro e a Casa de Parto David Capistrano Filho, vivenciando práticas humanizadas ao parto e nascimento, com aplicabilidade de Tecnologias de Cuidados Não Farmacológicas para Alívio da Dor de maneira efetiva ao trabalho de parto, parto e nascimento seguro, como a bola suíça, banqueta para parto vertical, deambulação, penumbra, musicoterapia, aromaterapia, entre outras.

Dessa forma, empoderando a parturiente para a livre escolha da posição do seu parto. Também foi demonstrada a pintura com tintas de artesanato em papel A4, da Árvore da Vida (placenta e cordão umbilical), como sendo uma forma de carinho e de lembrança do momento do parto entregue para a paciente e seu acompanhante. Os aprimorandos presenciaram o Parto Humanizado *hands-off*, o qual não há o toque das mãos do(a) enfermeiro(a) obstetra no polo cefálico do feto, que completa a rotação externa sem a influência direta do profissional de saúde, considerado um parto fisiológico.

Ao retornarem para o HRMII, os enfermeiros obstetras, após o Curso de Qualificação Profissional de Enfermeiras(os) com Enfoque no Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha – Ministério da Saúde e com apoio relevante da equipe gestora da maternidade, a enfermeira obstetra Tassiana Miranda (diretora-geral), Dra. Patrícia Soares Carvalho Silva (direto-

ra clínica), Dra. Iolanda Nascimento Batista (diretora administrativa), José Vieira Lima Júnior (coordenador administrativo) e enfermeira obstetra Vanessa Benini Albarelli (gerente dos serviços de Enfermagem), colocaram em prática o aprendizado adquirido no estágio desenvolvido na cidade do Rio de Janeiro, com segurança em suas condutas e clareza em suas orientações para as usuárias e seus acompanhantes.

Através da implantação e implementação do Plano de Ação das Boas Práticas ao Parto Humanizado e Nascimento Seguro na Maternidade, os enfermeiros obstetras sensibilizaram, treinaram e integraram a equipe multiprofissional, como médicos obstetras, médicos pediatras, fisioterapeutas, equipe de enfermagem e demais profissionais, para a importância das Boas Práticas do Parto Humanizado e Nascimento Seguro, visando a uma melhoria na qualidade da assistência ao trabalho de parto da paciente, com condições favoráveis de trabalho no setor, revelando a integração da equipe, a competência dos profissionais e a filosofia da instituição, baseada em um modelo humanístico e holístico do cuidar, na política de humanização da instituição e resolutividade do serviço.

Os enfermeiros obstetras instituíram os Protocolos Assistenciais das Boas Práticas ao Parto, preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017). Assim, respaldando o profissional em campo de trabalho, conscientizando as equipes sobre a humanização e a prática baseada em evidências científicas, com a efetivação da aplicabilidade de Tecnologias Não Farmacológicas para Alívio da Dor, ao trabalho de parto, parto e nascimento seguro, como a bola suíça, banqueta para parto vertical, ambiência com penumbra, musicoterapia, aromaterapia, suco 24 horas, oferta de alimentos leves durante o trabalho de parto, estímulo a deambulação, banhos mornos, massagens corporais com óleos essenciais, acompanhante da preferência da parturiente, tanto para os partos normais como cesarianos, pintura em papel A4, da Árvore da Vida (placenta e cordão umbilical), como sendo uma maneira de agrado e de recordação entregue para a parturiente, do momento do seu parto, eliminação da manobra de Kristeller, diminuição dos índices estatísticos de episiotomia, incentivo ao contato pele a pele, ao aleitamento materno na primeira hora de vida, clampamento oportuno do cordão umbilical, como também a

efetividade do Parto Humanizado *hands-off*, assistido pelo enfermeiro obstetra, considerado um parto totalmente fisiológico.



Estímulo a deambulação, acompanhante de livre escolha (2017).



Presença do "PAI" ou familiares no processo de parturição, massagem corporal, bola suíça (2017).

PARTOS HUMANIZADOS ASSISTIDOS POR ENFERMEIROS OBSTETRAS



Parto assistido pelo enfermeiro obstetra João Marinho, clampeamento oportuno do cordão umbilical pelo “pai” (2018).



Parto *hands-off* assistido pela enfermeira obstetra Antonia Ludmyla, ambiência com penumbra (2018).



Parto assistido pela enfermeira obstetra Thayla Costa, presença do “pai” no processo de parturição (2019).



Parto assistido pelas enfermeiras obstetras Silvana Ferreira e Antonia Ludmyla, ambiência com penumbra e contato pele a pele imediato (2018).



Parto assistido pela enfermeira obstetra Joelma Monteiro. Aleitamento materno na primeira hora de vida (2019).



Parto assistido pela enfermeira obstetra Nara Nascimento. Ambiência com penumbra, contato pele a pele imediato e acompanhante de livre escolha (2018).



"Árvore da Vida", realizada pela enfermeira obstetra Maryane Maia (2019).



Parto assistido pela enfermeira obstetra Maryane Maia. Presença do "pai" no processo de parturição e contato pele a pele imediato (2019).



Lei do Acompanhante, presença do "pai" (2019).

Assim sendo, temos como resultado alcançado a promoção de uma assistência humanizada, valorizando a parturiente e suas necessidades, bem como os seus aspectos de cunho psicológico e social implicados, como também auxiliando os profissionais de saúde na criação de estratégias, visando à diminuição de índice estatístico de cesarianas desnecessárias, mesmo em uma maternidade de alta complexidade, como é classificado o HRMII.

Dessa forma, empodera-se a parturiente para a livre escolha da posição do seu parto, tornando-a protagonista do seu processo de parturição.

Com a implementação da Visita Antecipada das Gestantes à Maternidade, com o intuito de fortalecer o vínculo com os profissionais de saúde, gestantes e acompanhantes de livre escolha são orientados quanto ao trabalho de parto, contribuindo significativamente com o processo de parturição e nascimento, na promoção da segurança das parturientes, garantindo assim um trabalho de parto mais seguro e humanizado, diminuindo a ansiedade das pacientes e de seus acompanhantes e melhorando a assistência prestada.

A Arte Gestacional Adesivada também foi uma estratégia implantada no HRMII como sendo uma maneira de promover a conexão de confiança entre a gestante, acompanhante e a equipe multidisciplinar, visando ao cuidado humanizado, agindo com respeito e carinho com a paciente durante o acompanhamento do processo de espera do trabalho de parto inicial.



Momento lúdico com nossas gestantes – Arte Gestacional Adesivada (2018).



Implantação da Arte Gestacional Adesivada pela enfermeira obstetra e coordenadora do Centro Obst. Enfª Nara Nascimento.



Implementação da Visita Antecipada à Maternidade (2018).

A Rede Cegonha tem como um de seus objetivos “Fortificar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses” (BRASIL, 2011).

Portanto, assegura a *participação* de toda a equipe multiprofissional através de um trabalho integrado, propiciando uma assistência mais condigna e humana, possibilitando que os profissionais de saúde comprometidos com a filosofia do atendimento humanizado desenvolvam um trabalho centrado na mulher como protagonista do processo de sua parturição.

Observa-se, através de pesquisas científicas, que o cuidado oferecido por enfermeiros obstetras em centros obstétricos de maternidades tem contribuído para diminuição do uso das intervenções, melhorando os indicadores de morbimortalidade materna e perinatal e aumentando o contentamento da mulher com a experiência vivida, indicando a segurança e a viabilidade da atenção ao parto e nascimento nesses locais.

De acordo com Brasil (2014), o parto humanizado é prerrogativa para o bem-estar da mulher e de seu bebê, ponderando os processos fisiológicos, psicológicos e o contexto sociocultural. Portanto, destacamos como prioridade a adoção das melhores práticas de cuidado, embasadas em evidências científicas, garantindo o direito das mulheres, crianças e famílias. Qualificar e humanizar a atenção ao parto, ao nascimento, ao abortamento legal ou ao abortamento inseguro, ao planejamento familiar e às vítimas de violência sexual.

Diante do exposto, podemos inferir que a Enfermagem Obstétrica continuará trabalhando para o engajamento da equipe multiprofissional, orientando e auxiliando na constituição de estratégias para a diminuição do índice de cesarianas desnecessárias, para ampliar a segurança na realização do parto humanizado e nascimento seguro, baseadas em evidências científicas, visando a uma melhor assistência para as nossas usuárias e seus acompanhantes.

REFERÊNCIAS

ALSO/BRASIL. Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia. Disponível em: <http://also.com.br/>. Acesso em 20 de setembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília (DF), 2017. 51 p. Modo de acesso: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Constituição, 2011. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Sistema Único de Saúde – SUS – Rede Cegonha**. Brasília (DF), 2011. http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 15 de setembro de 2019.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. 2003. Política Nacional HumanizaSUS – PNH. Disponível em: <http://www.sau.gov.br/sau-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>. Acesso em 20 de setembro de 2019.

HISTÓRIA E DADOS GEOGRÁFICOS DE IMPERATRIZ. Prefeitura Municipal de Imperatriz. Disponível em: <<http://www.imperatriz.ma.gov.br/portal/imperatriz/a-cidade.html>>. Acesso em: 14 set. 2019.

Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Brasília, 7 de abril de 2005; 184º da Independência e 117º da República.

MUSEU VIRTUAL – IMPERATRIZ (MA). <http://museu-virtual.blogspot.com/2012/05/hospital-regional-materno-infantil-de.html>. Acesso em 15 de setembro de 2019.

PQM. Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais. Rede HumanizaSUS. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/10594-pnh-no-plano-de-qualificacao-das-maternidades-e-redes-perinatais/>. Acesso em 20 de setembro de 2019. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA – RDC nº 36, de 3 de junho de 2008. Diário Oficial da União nº 105, de 4 de junho de 2008, seção 01, p. 50. Brasília (DF).

MATERNIDADE DR. DEODATO CARTAXO – CAJAZEIRAS (PB) – BRASIL

Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira Cabral¹

Maria do Socorro de Sousa Estrela Guedes²

A Maternidade Dr. Deodato Cartaxo (MDC), setor do Hospital Regional de Cajazeiras (PB), esteve presente no Curso de Qualificação de Enfermeiros Obstetras oferecido pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, por intermédio da participação da gerente de Assistência Materno-Infantil, Maria do Socorro de Sousa Estrela Guedes, e da enfermeira assistencialista e apoiadora administrativa do setor, Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira Cabral.

A MDC está situada na cidade polo da 9ª região geoadministrativa do sertão semiárido do estado da Paraíba, nordeste do Brasil, composta de 15 municípios, abrangendo uma população estimada de 167.251 habitantes. O serviço constitui a única referência para a região na assistência obstétrica ao ciclo gravídico/ puerperal, bem como urgências ginecológicas e obstétricas e atenção ao binômio mãe/filho, promovendo atendimento aos recém-nascidos de até 28 dias de vida. Por ser de caráter regional, perfaz uma média de 1.800 partos por ano. Contamos ainda com atendimento à mulher em diversas condições, inclusive vítimas de violência sexual.

O serviço conta com 18 leitos obstétricos, incluindo leitos clínicos e cirúrgicos, ambos em Alojamentos Conjuntos habilitados no Sistema Único de Saúde (SUS) e cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sala cirúrgica obstétrica, sala de parto e uma Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINco) com 5 leitos. Quanto aos serviços assistenciais, a maternidade dispõe de equipe que atua diariamente em plantões de 12 ou 24 horas, estando sempre composta de equipe

de enfermagem, composta de enfermeiro(a) generalista, enfermeiro(a) obstetra e técnicos(as) de enfermagem; 2 médicos(as) obstetras; pediatra; assistente social; fisioterapeuta; apoio de psicólogo; técnicas atuantes no Banco de Leite Humano; apoiadores administrativos.

A estrutura física da maternidade, apesar de antiga, ao longo dos últimos anos vem sofrendo várias adequações, objetivando atender às diversas modificações da legislação, no que compete ao atendimento à mulher no seu ciclo gravídico puerperal, bem como ao RN com idade até 28 dias de vida: ao chegarem à maternidade, os clientes são recebidos por porteiro e recepcionista, que os encaminham ao atendimento de triagem, realizado por enfermeiro(a) obstetra, que faz o direcionamento pertinente para cada caso de forma singular.

As gestantes em trabalho de parto ainda não contam com leitos PPP (pré-parto, parto e pós-parto), haja vista a dificuldade relativa à limitação de espaço físico. Assim, são encaminhadas a um ambiente de pré-parto, que conta com 4 leitos, e no momento do parto são encaminhadas a uma sala específica com dois leitos equipados com todo o aparato necessário ao processo assistencial.

Tem-se ainda 4 enfermarias, que são divididas de modo a atender à demanda, todas que permitem a dinâmica de Alojamento Conjunto, sendo um pós-parto vaginal com 5 leitos, um pós-cirúrgico com 8 leitos, um outro de cuidados clínicos, e um para cuidados clínicos intermediários.

¹Enfermeira obstetra assistencial

²Enfermeira obstetra e gerente de assistência materno-infantil

Levando-se em consideração que a maternidade atende a 15 municípios, alguns que distam cerca de 150 quilômetros, fez-se necessária a adequação de um ambiente destinado a gestantes em pródomos de trabalho de parto. Assim, o “Espaço Meio do Caminho” foi criado, evitando que as mulheres se desloquem diversas vezes de casa ao serviço, servindo ainda para puérperas em alta hospitalar que permanecem com seus RNs sob cuidados da UCIn. Tal serviço tem capacidade para acolher três gestantes com seus respectivos acompanhantes e funciona 24 horas por dia, sendo que as mulheres podem fazer suas refeições, tomar banho e descansar sob os cuidados dos profissionais plantonistas, capazes de atender às demandas e prestar orientações quanto aos cuidados com o bebê, técnicas de amamentação e direitos sociais.

Se considerarmos a localização do município, tem-se uma distância aproximada de 300 quilômetros para o serviço de UTIn mais próximo, por isso foi necessário organizar a UCIn, que é uma unidade semi-intensiva, destinada aos recém-nascidos com risco médio de complicações e que necessitam de assistência contínua. O referido setor foi ampliado em 2016 para melhor atender às necessidades das demandas próprias e configurar suporte para a quarta macrorregião.

Esse serviço conta com 5 leitos de cuidados intermediários neonatais habilitados no CNES, porém ainda não habilitado ao SUS, sendo mantido exclusivamente pelos recursos próprios do hospital.

Compreendendo ainda o processo assistencial, tem-se um Alojamento Canguru, modelo de assistência oferecido ao recém-nascido prematuro e sua família, voltado ao cuidado humanizado, reunindo estratégias de intervenção biopsicossocial.

Há ainda o processo assistencial em rede, viabilizado de forma estadual pela Rede Cuidar, que integra todos os hospitais do estado, especialmente na prestação de apoio assistencial aos recém-nascidos portadores de patologias que demandam intervenções indispensáveis, como as cardiopatias.



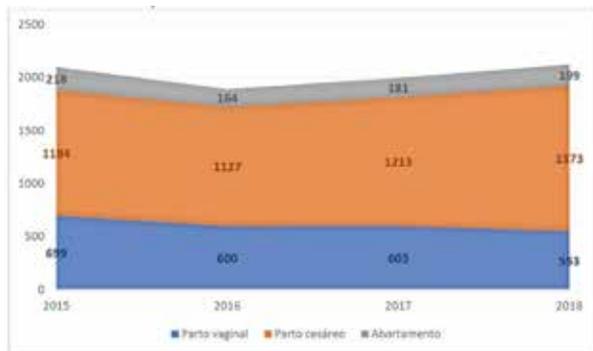
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal.

A Rede dispõe de profissionais habilitados para organizar a assistência e provê, junto aos profissionais plantonistas, cuidado a partir da discussão das condutas mais apropriadas para cada caso, sejam obstétricas ou neonatais.

Importante considerar que a MDC prima pela assistência integral, oferecendo ainda os serviços do Banco de Leite Humano, que dispõe de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, realizando visitas diárias à maternidade, com orientações pertinentes e medidas assistenciais; coleta, processamento, controle de qualidade e distribuição de Leite Humano Ordenhado Pasteurizado (LHOP).

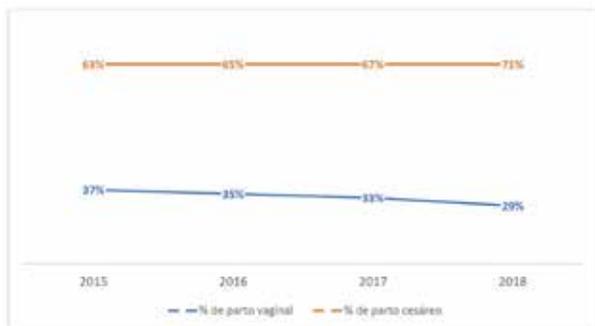
No tocante à continuidade do cuidado, são oferecidos no ambiente a realização do teste do pezinho, pré-natal de alto risco às gestantes encaminhadas da Atenção Básica, puericultura para crianças de 0 a 2 anos e a sala do coração, que propõe assistência a crianças portadoras de cardiopatias. A equipe do Banco de Leite Humano conta com enfermeiros(as), biomédica, técnicas de laboratório, pediatras, obstetras e nutricionista.

Quanto aos processos assistenciais, tem-se uma média de 4.065 procedimentos mais comuns por ano, considerando os dados de um coorte temporal entre 2015 e 2018, distribuídos conforme gráfico:



Principais procedimentos realizados na Maternidade Dr. Deodato Cartaxo, conforme coorte temporal 2015-2018. Fonte: setor de estatística do Hospital Regional de Cajazeiras.

Entre tais procedimentos, importante observar uma grande quantidade de cesarianas. Nesse sentido, é considerável a recomendação da Organização Mundial de Saúde, ao considerar que taxas acima de 15% de tais procedimentos não fundamentam melhoria dos índices de morbimortalidade materna ou fetal. Desse modo, tem-se uma análise dos índices no número de partos, conforme gráfico 02.



Distribuição dos índices de tipos de parto realizados na Maternidade Dr. Deodato Cartaxo, conforme coorte temporal 2015-2018. Fonte: setor de estatística do Hospital Regional de Cajazeiras.

Observa-se no gráfico 02 que o crescimento no número de cesarianas é proporcional ao decréscimo no número de partos vaginais. Entendendo que a cesariana condiciona incremento de gastos financeiros, além da impossibilidade da vivência humana do processo

de parturição pela mulher, tais fatos condicionam real problema que requer ações para que possa ser minimizado.

Estamos acostumados a prática de bebês chorando ao nascimento, não refletindo que esses bebês são expostos a situações alheias ao natural. Em trabalho realizado por Leão *et al.* (2013), tem-se que as buscas pelo controle das complicações e risco materno e fetal condicionaram o parto como um evento instrumentalizado que resulta na medicalização do corpo feminino.

No processo de parturição, mesmo detendo-se especificamente ao mecanismo de parto, é preciso entender que o feto é o objeto do trabalho de parto e é ativo. Ele passa por um processo de adequações na passagem pela pelve, se adequa ao nascimento e precisa desse processo para uma melhor adaptação extrauterina. A pelve feminina é o trajeto, um trajeto que se adapta às necessidades que, por sua vez, são melhor percebidas pela própria mulher (REZENDE, 2017). Na assistência ao parto, observa-se um direcionamento dos profissionais sem consideráveis reconhecimentos das expressões verbais e não verbais da parturiente.

Assim, diante dessa base histórica de assistência ao parto, que perpassou da assistência menos instrumentalizada e mais natural para concomitante, um modelo assistencial médico-hospitalar se tornou uma assistência medicalizada. Com os resultados negativos de tais práticas, uma ressignificação faz-se necessária na reflexão de tais processos. A medicalização e instrumentalização visava à redução do tempo de parto e “sofrimento” da parturiente ou ainda à redução de tempo demandado à assistência ao parto. Tal base fundamenta e sustenta a dinamicidade dos conhecimentos e das práticas, o que requer competências e habilidades para fomentar a melhoria dos serviços.

De acordo com Michel Odent, “*Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer*”, de modo que se faz necessário um contínuo repensar das práticas de assistência ao nascimento e, sobretudo, no processo assistencial à mulher em todo o período gravídico puerperal. Nesse sentido, a maternidade vem investindo na qualificação profissional como estratégia, de modo que foi oferecido aos(as) enfermei-

ros(as) atuantes a Especialização em Obstetrícia, em convênio com o Centro de Formação de Recursos Humanos do Estado e a Faculdade Santa Maria, além de atualização em Reanimação Neonatal pela Sociedade Brasileira de Pediatria, capacitação e implementação de serviços para o atendimento à violência sexual e interrupção da gestação nos casos previstos em lei, promovido pelo Ministério da Saúde. E, recentemente, a participação no aprimoramento em enfermagem obstétrica pela EEAN/UFRJ (Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro).

O Curso de Aprimoramento no qual participaram a coordenadora do setor e uma das enfermeiras assistencialistas ampliou o olhar para o reconhecimento dos velhos problemas e reafirmou a necessidade de mudanças, propondo a realização de um projeto que visou à busca por benefícios em três âmbitos, na gestação quanto à melhoria de uma imagem positiva para humanização do nascimento e redução de custos, na vivência das mulheres e decréscimo de intervenções desnecessárias e na atuação dos profissionais pela possibilidade de melhor assistência e realização profissional.

O projeto foi arquitetado no sentido de potencializar as ações em concomitância ao uso racional de recursos, tendo em vista a condição político-financeira que o país atravessa. As propostas visaram, portanto, aos melhores resultados através de ações que demandem o menor recurso financeiro possível.

Importante considerar que, quanto ao embasamento teórico-científico, as ações propostas ancoraram-se inicialmente no cumprimento das premissas básicas estabelecidas pela Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, de janeiro de 2016.

Em relação ao amparo legal, tem-se a garantia dos direitos estabelecida pela Constituição Federal de 1988, seguida pelos princípios e diretrizes do nosso Sistema Único de Saúde (SUS), determinados pela Lei Orgânica da Saúde, através da Lei nº 8.080/1990, e ainda na Portaria nº 1.459/11, que estabelece a Rede Cegonha. E ainda no tocante ao referencial e amparo legal, deve ser considerada ainda a Lei do Exercício Profissional do Enfermeiro e a atuação do Enfermeiro Obstetra.

Assim, o primeiro passo foi demonstrar uma nova prática assistencial com o que já havia, apenas com mudanças de hábitos e dinâmica de manejo do trabalho de parto, o que causou estranhamento inicial da equipe. Em contrapartida, despertou a curiosidade e o desejo por aprender, de modo que instigou os demais profissionais a conhecer melhor e atuar de modo mais humano.

Observa-se que o parto foi conduzido de modo a atender às necessidades da parturiente, que teve livre movimentação durante todo o processo, foi acompanhada por seu esposo e sua irmã, recebeu tecnologias assistenciais de alívio da dor, como massagens, música e aromaterapia. O mais significativo foi observar a participação ativa da mulher que se transformava em mãe, do homem que se transformava em pai e do próprio bebê, agente de tal transformação. Todos demonstraram ser sujeitos ativos de um processo natural.



Prática assistencial humanizada ao parto natural, assistido pela enfermeira Symara Abrantes.

Outra ação estimulada pelo curso foi a realização de “Um dia de fotos”, oferecida às gestantes acompanhadas no pré-natal de alto risco e em trabalho de parto, que aconteceu no Banco de Leite Humano através da iniciativa da participante do curso Maria do Socorro Guedes.



Sessão de fotos realizada.

Diante de tão significativos resultados, pretende-se agora dar ênfase à abrangência das práticas com a realização de curso de capacitação, tendo por multiplicadoras as participantes do aprimoramento oferecido pela EEAN, bem como outras melhorias, como habilitação da UCINco e Leitos do Alojamento Canguru, ambiência e reforma da maternidade, aquisição de equipamentos e materiais e construção do centro de parto com 3 leitos PPP e 2 ofurôs.

O primeiro passo já foi dado, grandes mudanças iniciam-se com pequenos deslocamentos. Transcender antigas práticas e possibilitar uma assistência humanizada é hoje uma realidade que se desenha pelas mãos daquelas que se propuseram a fazer a diferença e, junto de uma equipe, receberam elementos disparadores de mudanças de paradigmas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetria**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

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

REZENDE, Jorge. **Obstetria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 14ª edição, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: WHO. **Recommendation on antenatal care for positive pregnancy experience**. Geneva: WHO, 2016.

MATERNIDADE PROFESSOR ARNALDO MARQUES RECIFE (PE) – BRÁSIL

Bruna Roberta Alves Lins¹
Delmilena Maria Ferreira de Aquino²
Luiziane Souza Vasconcelos de Lima³

A Maternidade Professor Arnaldo Marques (MPAM) é um hospital da rede pública da cidade do Recife pertencente à Secretaria Municipal de Saúde e caracteriza-se como maternidade de baixa complexidade. Tem 40 leitos de alojamento conjunto, 4 leitos de pré-parto e 4 leitos de recuperação pós-anestésica, perfazendo um total de movimento mensal de 1.400 atendimentos. São ofertados aos usuários os seguintes serviços: pré-natal de alto risco, laboratório, ultrassonografia, puericultura, sala de vacinas, banco de leite humano, acompanhamento aos casos de abortamentos e ao trabalho de parto e parto.

No ano de 2014, anterior à realização do Curso de Aprimoramento – UFRJ, foram feitos 1.757 (73,2%) partos vaginais e 644 (26,8%) cirurgias cesarianas. No ano de 2018, posterior à realização do Curso de Aprimoramento, foram feitos 2.007 (75,3%) partos vaginais e 657 (24,7%) cesarianas.

A unidade sempre prezou pelo parto natural. Contudo, a assistência prestada às mulheres era repleta de intervenções desnecessárias ou precipitadas, como o uso excessivo de ocitocina, altas taxas de episiotomia, parturientes restritas ao leito, em dieta zero (jejum), puxos dirigidos, acompanhantes apenas do sexo feminino. Esse tipo de assistência nos incomodava, pois não compactuávamos com o que era oferecido às mulheres e começamos a procurar nos capacitar para mudar a realidade.

O curso de extensão na modalidade aprimoramento, intitulado “*Qualificação profissional de Enfermeiros Obstetras*”, realizado na capital do estado do Rio de Janeiro, coordenado e executado pelo Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em parceria com as seguintes unidades de saúde: Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda (HMMABH), Hospital Maternidade Mariska Ribeiro (HMMR) e Casa de Parto David Capistrano Filho, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, nos proporcionou vivenciar outra forma de assistência, pautada na cidadania e no respeito à autonomia da mulher. Fomos apresentadas ao uso da aromaterapia e, a partir dessa vivência, novos horizontes foram vislumbrados, como o uso das práticas integrativas na assistência ao trabalho de parto e parto e até mesmo a realização de uma especialização em acupuntura, a qual passou a ser aplicada nas parturientes.

Hoje prestamos assistência que leva em consideração a fisiologia, a autonomia da mulher, o uso de tecnologias recomendadas pela Organização Mundial de Saúde, antes de optar por intervenções medicamentosas. Todos os membros da equipe multiprofissional foram inseridos no processo do parto humanizado. Os residentes e estudantes de graduação (enfermagem e medicina) recebem formação que valoriza e utiliza as práticas integrativas na assistência.

¹Enfermeira obstetra assistencial do MPAM

²Enfermeira obstetra assistencial do MPAM

³Enfermeira obstetra assistencial do MPAM

Para que isso acontecesse, foi necessário primeiramente uma mudança de ordem pessoal, como acreditar no empoderamento das mulheres e esperar pelo processo natural do parto, fundamentado em evidências científicas.

Enquanto as mudanças pessoais aconteciam, alguns equipamentos foram adquiridos pela unidade (bola de Bobath, balanço pélvico tipo cavalinho, cortinas, cama tipo PPP), o que tornou mais fácil o processo de adotar as tecnologias de cuidado obstétrico. Posteriormente, outros profissionais foram reconhecendo os benefícios das novas tecnologias utilizadas e aderindo a humanização do parto.

Foram instaladas cortinas entre os leitos para assegurar maior privacidade das mulheres e famílias. Com um pouco de resistência de alguns membros da equipe, os homens/companheiros foram participando do trabalho de parto e contribuindo para o nascimento de seus filhos. Hoje não há mais estranhamento com a presença deles no cenário do parto. As parturientes têm total liberdade de movimentos e posição para o parto, se alimentam, conforme sua aceitação, durante o trabalho de parto. Os partos acontecem na penumbra e ao som da música escolhida pela parturiente, se assim o desejar. Os métodos não farmacológicos são sempre a primeira escolha.

A sensibilização programada para a equipe de enfermagem se estendeu e atingiu também psicólogas, assistentes sociais, fonoaudióloga, nutricionistas, auxiliares de serviços gerais e médicos.

Foram realizados cursos de atualização com as doulas voluntárias do município, rodas de conversa sobre temas diversos com a equipe de enfermagem, que contam sempre com a presença voluntária de outros membros da equipe multiprofissional.



Liberdade de movimentos e massagem para alívio da dor.



Impressão da placenta (Árvore da vida).



Acupuntura para induções de parto e como método não farmacológico de alívio da dor.



Partos e nascimentos respeitosos.



Sala de parto antes e depois.



Banqueta de parto e cavalinho.



Partos e nascimentos respeitosos.



Adequação do ambiente com cortinas para garantia da privacidade das mulheres e acompanhantes.



Roda de conversa com puérperas e acompanhantes.



Sensibilização da equipe de enfermagem, psicólogas, assistentes sociais, fonoaudióloga, nutricionistas, auxiliares de serviços gerais e médicos.

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE – PARNAÍBA (PI) – BRASIL

Bruna Gomes¹
Morgana de Oliveira Teles²

O Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA), localizado na cidade de Parnaíba (PI), atende a 11 municípios da planície litorânea, mas também demandas vindas dos estados do Ceará e Maranhão. É um hospital de referência para urgência e emergência, que realiza cirurgias de médio e grande porte, oferece serviços de clínicas médica, obstétrica e pediátrica. Em sua estrutura física, é composto de:

- Centro Cirúrgico, com 5 salas de cirurgia e 1 sala de esterilização.
- Centro Obstétrico, com 26 leitos de alojamento conjunto, 6 leitos de pré-parto e 2 camas PPP na sala de parto. Faz parte também 1 consultório de Obstetria e Ginecologia.
- Centro de Parto Normal intra-hospitalar tipo I, com 5 leitos PPP.
- Casa da Gestante, Bebê e Puérpera, com 6 leitos, onde há uma unidade de cuidado pré-hospitalar que acolhe, orienta, cuida e acompanha gestante, bebê e a puérpera.
- Unidade de Terapia Intensiva, com 11 leitos.
- UTI Neonatal, com 10 leitos.
- UCINca, com 10 leitos.
- Pronto-Socorro, que dispõe de 3 enfermarias (masculina, feminina e pediátrica) com 5 leitos cada. Tem uma sala de estabiliza-

ção adulta com 5 leitos e uma sala de estabilização pediátrica com 3 leitos. Atende a especialidades médicas nos seguintes consultórios: Clínico (1), Pediatria (1), Ortopedia/Traumatologia (1), Cirurgia Geral (2), Urologia (1) e Cardiologia (1).

- Clínica Pediátrica, com 15 leitos para a assistência.
- Clínica Cirúrgica, com 25 leitos.
- Clínica Médica, com 13 leitos.
- Clínica Ortopédica, com 17 leitos.
- Sala de Ultrassonografia, com 1 no PS para demanda geral e 1 na Clínica Obstétrica.

O hospital tem as seguintes especialidades médicas: Cirurgia Geral, Ortopedia, Obstetria, Pediatria, Clínica, Neurocirurgia, Intensivismo, Cardiologia.

O HEDA é referência na área de obstetrícia, prestando assistência às mulheres referenciadas de outros hospitais da região. O Centro Obstétrico é a unidade de atendimento ao parto normal e/ou cirúrgico de risco habitual e, mesmo não sendo habilitado pelo Ministério da Saúde para assistência ao alto risco, atende as mulheres referenciadas.

Com a criação do Centro de Parto Normal como componente do Parto e Nascimento da Rede Cegonha para o atendimento à mulher e ao recém-nascido, no momento do parto e do nascimento, a equipe com en-

¹Enfermeira obstetra plantonista e responsável técnica da Casa da Gestante, Bebê e Puérpera – HEDA

²Enfermeira obstetra plantonista, diarista e responsável técnica do Centro de Parto Normal – HEDA

fermeiros obstétricos e técnicos de enfermagem realizaram capacitações e treinamentos para as urgências e emergências obstétricas que podem ocorrer. Um fator fundamental no atendimento dentro do CPN é a ambiência que busca privilegiar o conforto das mulheres com o objetivo de reduzir a taxa de mortalidade materna e neonatal e as ocorrências de cesarianas desnecessárias na rede pública de saúde.

O Centro de Parto Normal, classificado como tipo I, é composto de: recepção, sala de ambiência, jardim, posto de enfermagem, 5 quartos PPP (todos equipados com banheiros com chuveiro elétrico e jardim de inverno), uma banheira e 2 repousos para a equipe de enfermagem. As parturientes, quando admitidas, são encaminhadas para os quartos individuais, onde a equipe de enfermagem utiliza tecnologias de cuidado obstétrico não farmacológicas para alívio da dor. Avaliadas durante o trabalho de parto, as pacientes recebem assistência no período expulsivo e continuam o período puerperal no mesmo quarto, não sendo encaminhadas para alojamento conjunto.

O Centro Obstétrico do HEDA é referência para atendimento obstétrico, mas ocorrendo demanda ginecológica o setor assume sem problemas. O corpo de profissionais é composto de 3 médicos obstetras, 3 enfermeiros generalistas, 1 diarista, 5 técnicas, 1 fisioterapeuta, 2 pediatras diaristas, 1 fonoaudióloga. A assistência é realizada 24 horas por dia, nos 7 dias da semana. O setor não é referência para obstetria de alto risco (AR), mas realiza tais atendimentos, tendo em vista que o hospital de referência para onde deveriam ser encaminhadas as mulheres de alto risco não tem recursos humanos e físicos para atender à demanda.

A estrutura física é composta de 1 sala de acolhimento e classificação de risco da obstetria, 1 consultório médico, 32 leitos (26 leitos de alojamento conjunto, 6 leitos de pré-parto), 1 sala de parto e 2 postos de enfermagem (pré-parto e pós-parto). A média de partos naturais mensal é de 200 e de cesarianas é 100. Já conseguimos diminuir para 23% as cesarianas no ano de 2017. O crescimento da demanda fez com que observássemos o aumento de intervenções cirúrgicas, mulheres com falhas na atenção e assistência realizada, corredores lotados de clientes e a ausência dos

profissionais na assistência às parturientes em trabalho de parto.

O curso de extensão Qualificação Profissional de Enfermeiros(as) Obstetras, com enfoque no componente parto e nascimento, da Rede Cegonha – Ministério da Saúde, foi realizado no período de 18 a 31 de agosto de 2018, na cidade do Rio de Janeiro, onde tivemos a oportunidade de estagiar na Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda e no Hospital da Mulher Mariska Ribeiro e fazer uma visita técnica à Casa de Parto David Capistrano Filho, o que permitiu maior qualificação profissional, resgate dos conhecimentos relacionados ao cuidado de enfermagem materno-infantil, tornando ainda mais holística a assistência.

Com o acompanhamento das rotinas diárias e as observações feitas durante o curso, conseguimos aprender novas técnicas não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto, a pintura de placenta e a organização da equipe e do setor.

A assistência à parturiente no trabalho de parto pelo enfermeiro obstetra de forma sistemática e segura, baseada em evidências científicas, foi o que mais solidificamos em nossa formação profissional para colocarmos em prática no dia a dia, repassando o conhecimento adquirido aos demais colegas de profissão da maternidade.

Devido à falta de outra referência na assistência obstétrica na região, o Centro Obstétrico acaba amparando a clientela na tentativa de diminuir ou resolver os problemas diagnosticados no momento da consulta e avaliação do médico obstetra. Em contrapartida, há um aumento da demanda a ser atendida. Assim se estabelece uma precariedade na assistência de enfermagem, devido ao mau dimensionamento de recursos humanos na assistência.

As ações propostas no plano estratégico, desenhado no curso, foram implementadas em dois setores: o Centro Obstétrico e o Centro de Parto Normal. No CPN, a adesão da equipe foi de forma fácil, com pedidos de novos cursos de atualização e capacitações para melhor acurar a assistência realizada.

Contudo, no Centro Obstétrico não tivemos êxito nas ações propostas. As dificuldades encontradas foram:

- a) Capacitação da equipe de enfermagem na assistência qualificada a parturiente: houve resistência na adesão e participação da equipe do centro obstétrico.
- b) Melhor dimensionamento da equipe de enfermagem: percebemos resistência da gestão administrativa na resolução do dimensionamento. Entretanto, houve a entrada de mais uma técnica de enfermagem no Centro Obstétrico e a coordenação de Enfermagem do setor aguarda mais um enfermeiro para completar o dimensionamento da equipe de enfermagem.
- c) Qualificação, acompanhamento e organização da assistência puerperal: resistência da equipe de enfermagem na aceitação de protocolos justificada pela sobrecarga de trabalho. Mas ocorreu melhoria na assistência à puérpera no pós-parto imediato com controle de sinais vitais na primeira hora.
- d) Compartilhamento dos cuidados à paciente: acompanhamento da amamentação pela nutricionista poderia diminuir a sobrecarga profissional da enfermagem.
- e) Qualificação e orientações da alta do binômio: foi proposta a utilização de plano de alta com *checklist* no CO, ainda em estudo para implantação.
- f) Criação de protocolos clínicos para o setor no sentido de estabelecer manejo nas emergências obstétricas: foi realizada a capacitação do manejo, havendo maior êxito no CPN no cumprimento do protocolo, criação das maletas de emergências obstétricas e neonatal nos dois setores, onde se observou adesão da equipe.

Com o curso de Qualificação Profissional de Enfermeiros(as) Obstetras, aprimoramos e atualizamos os conhecimentos técnico-científicos, nossas habilidades e atitudes na assistência ao parto e nascimento e identificamos nossas potencialidades e dificuldades nas atividades diárias. A partir das aulas teóricas e

práticas em campo, ficou patente que o curso nos possibilitou o aprendizado acerca de práticas cuidadoras, com destaque para o uso do partograma, avaliação da puérpera, avaliação do recém-nascido, uso de tecnologias para alívio da dor, espera do período de expulsão sem intervir (*hands-off*) e a importância do enfermeiro obstetra no acolhimento e classificação de risco.

Registramos ainda aprendizado relacionado à autonomia do enfermeiro obstetra e trabalho em equipe no contexto da atenção ao parto e nascimento, a partir da observação da atuação das enfermeiras obstétricas plantonistas. Essa autonomia também pode ser observada na relação construída pelo enfermeiro com a mulher durante os cuidados que realiza. Nesse processo, esse profissional se mantém constante na atenção à parturiente durante o trabalho de parto e parto, pois conseguimos implementar junto aos enfermeiros do setor.

Tendo em vista os aspectos citados, expressamos desejo de mais mudanças na realidade local a partir da experiência vivida. Há situações identificadas por nós como propulsoras do aprendizado obtido no curso de Aprimoramento, que surgem como perspectivas para mudanças nos serviços como: adoção de protocolos assistenciais, empoderamento, trabalho colaborativo e multiprofissional, construção de autonomia do enfermeiro obstetra e implementação de boas práticas com aquisição de habilidades dentro do Centro Obstétrico.



Mensagens de Incentivo para as Parturientes – Centro Obstétrico.



Curso de Manejo de Emergências Obstétricas e Rotinas do Setor CPN/CO.



Implantação de Protocolos Clínicos de Enfermagem.



I *workshop* sobre o uso das tecnologias para alívio da dor no trabalho de parto.

Região Centro-Oeste



HOSPITAL REGIONAL DO GAMA – DISTRITO FEDERAL – BRASIL

Lídia Câmara Peres¹
Mariana Viana Almeida²

A atuação do enfermeiro obstetra vem crescendo no cenário mundial, devido à sua notória importância em desfechos positivos, tanto na qualidade da assistência direta à gestante, parturiente e puérpera quanto à diminuição de repercussões negativas do trabalho de parto e parto, como óbitos materno e neonatal, bem como sequelas decorrentes de intercorrências no periparto, afetando a saúde dos recém-nascidos.

A qualificação profissional baseada em estudos científicos, o uso adequado e consciente das tecnologias de cuidado obstétrico junto às mulheres, tem contribuído



Primeira turma de residentes em Enfermagem Obstétrica supervisionada pela enfermeira Lídia Peres.

para a promoção de cuidado efetivo, humanizado e individualizado. E, conseqüentemente, tem se mostrado como uma das estratégias com potencial para a mudança do cenário apresentado.

A inserção do profissional especialista em enfermagem obstétrica no cenário de atuação constitui-se um desafio. Fato esse presenciado desde o início da nossa atuação na área há 10 anos. Meu nome é Lídia Câmara Peres, sou enfermeira obstetra, preceptora do programa de residência em Enfermagem Obstétrica do DF, mestre em gerontologia e docente. Atuo no Hospital Regional do Gama (HRG) juntamente com a enfermeira obstetra Mariana Viana. Durante todos esses anos, atuamos na assistência direta às mulheres no ciclo grávido-puerperal e na docência nos cursos de graduação e pós-graduação de enfermagem no DF e regiões próximas.

O HRG tem 10 leitos de PPP, 10 leitos de espera, que acabam virando puerpério, fora cerca de 30 macas que se acumulam pelos corredores devido à superlotação. Lá atendemos ginecologia e obstetrícia de baixo risco, não temos UCIN ou UTIN. Quando precisamos, enviamos a paciente para ser assistida em outra unidade hospitalar do DF através do sistema de regulação. Infelizmente, ainda temos uma alta taxa de cesárea: em torno de 40%.

¹Enfermeira obstetra plantonista e responsável técnica da Casa da Gestante, Bebê e Puérpera – HRG

²Enfermeira obstetra plantonista, diarista e responsável técnica do Centro de Parto Normal – HRG



Ex-residente e agora EO do HRG explicando as funções da placenta para puérpera.

Atuo nesse hospital desde quando ainda não se falava muito em enfermeiras obstetras atuando junto à puérpera no parto. Sabe-se que culturalmente os rituais que cercam o parto e o nascimento modificam-se ao longo do tempo. Enquanto antes a mulher paria em seus domicílios, com o auxílio de entes queridos ou outras mulheres, posteriormente, com os altos índices de mortalidade materno-infantil, surgiu a necessidade da institucionalização e medicalização do parto. Havendo assim a transferência do protagonismo da mulher para a equipe médica e auxiliares.

Lembramo-nos que no início, quando ainda tínhamos sala de pré-parto, parto e pós-parto, não era permitido a entrada do acompanhante e toda a assistência era “dominada” exclusivamente pelo médico – as enfermeiras obstetras não podiam sequer tocar as pacientes sem autorização do médico, era quase um “crime”. Então tocávamos as pacientes escondido, com alguém vigiando a porta para que os médicos não vissem. Assistir parto? Isso era impossível, a não ser que fingíssemos estar só aparando porque o bebê resolveu nascer “sozinho”.

Certa vez, quando ainda cursávamos a especialização em enfermagem obstétrica, fui expulsa do plantão porque o médico se recusou a trabalhar no mesmo ambiente que enfermeiras obstetras. Segundo ele, deveríamos estar na “Amazônia” assistindo partos de

índios. Como o médico realizava cesáreas e partos naturais, fomos convidadas a nos retirar do hospital.

Costumo dizer aos alunos que atuar na enfermagem obstétrica exige muito amor, porque só com amor podemos superar as dificuldades e “matar um leão por dia”.

Após o estabelecimento da Estratégia da Rede Cegonha, em 2011, a enfermagem obstétrica começou a ganhar espaço. Com isso, os médicos começaram a perceber nossa atuação. Daí surgiram os maiores problemas, eles se sentiam ameaçados com nossa atuação e declararam guerra aos enfermeiros obstetras.

Contudo, após nossa atuação constante e apresentação dos resultados, fica evidente que a Rede Cegonha tem sido uma das maiores estratégias utilizadas para a inserção da enfermeira obstetra no âmbito assistencial para o enfrentamento da redução da mortalidade materno-infantil, ao propor a mudança do modelo tecnocrático vigente para outro, mais humanizado, qualificando as ações e serviços de saúde. A Rede Cegonha destaca a necessidade de implantar práticas menos intervencionistas, mudando o paradigma vigente relacionado ao parto e nascimento, procurando colocar a mulher como protagonista do processo parturitivo.

Tudo que fazíamos eles criticavam e faziam ao contrário. Por diversas vezes, orientávamos as pacientes a realizar exercícios, assumir uma atitude mais ativa e o médico entrava no PPP e falava: “Fique deitada, o médico sou eu e tudo que te falaram antes não é para ser seguido, siga somente minhas orientações”.

É incrível como eles odiavam as bolas de Bobath, desconfio até que furaram algumas, pois elas começaram a sumir “misteriosamente”.

Essa bola é um recurso que estimula a posição vertical, permite liberdade na adoção de diferentes posições, possibilita o exercício do balanço pélvico por sua característica de objeto lúdico que traz benefícios psicológicos, além de ter baixo custo financeiro. A realização de exercícios com a bola na posição vertical (sentada) trabalha a musculatura do assoalho pélvico, em especial os músculos levantadores do ânus e pubococcígeos, e a fâscia da pelve, facilitando a descida

do feto, aumentando a dilatação e reduzindo assim o tempo do trabalho de parto

Começamos então a chamar os médicos para examinarem a posição fetal antes das parturientes usarem a bola e uma hora depois de usarem por pelo menos 30 minutos. Não deu outra: eles percebiam que a dilatação aumentava, extremamente mais rápido, do que naquelas que só ficavam deitadas por orientação médica.



Parturiente realizando exercícios na bola com auxílio da escada de Ling.

O Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica começou naquele hospital no mesmo momento em que o enfermeiro obstetra atuava. Na verdade, só tínhamos 1 enfermeiro obstetra no setor, que atuava como preceptor da residência, e atuava como professor de uma universidade prestando assistência lá, pois na época ainda não integrava a equipe do hospital.

Esse preceptor, por amar muito a enfermagem obstétrica e estar cansado das frequentes violências obstétricas sofridas pelas mulheres, começou a travar uma batalha contra as intervenções desnecessárias.

Ele relatava que os médicos faziam manobra de Kristeller, que apesar de ser proscrita é usada diariamente na assistência médica, o uso indiscriminado de ocitocina, o impedimento da entrada dos acompanhantes, o uso rotineiro de episiotomia, enfim, todas as práticas que não são recomendadas e são amplamente utilizadas pela maior parte dos médicos obstetras. Com esses relatos e registros, os médicos passaram a odiar

ainda mais a enfermagem obstétrica e a boicotar a atuação do enfermeiro obstetra naquele setor.

Houve casos até de registro de boletim de ocorrência contra o preceptor por parte dos médicos dizendo que ele estaria fazendo exercício ilegal da medicina, além de humilhações diárias dizendo: “Você quer ser médico? Por que não faz medicina? Ainda é jovem. Vocês, enfermeiros, estão aqui no máximo para cheirar cocô de neném, quem manda aqui é o médico.” Enfim, estava impossível atuar naquele cenário.

Então passei no concurso e consegui ser lotada naquele hospital, que eu já conhecia. Assumi juntamente com o único enfermeiro obstetra que tinha no HRG e fui também direcionada à preceptorial da residência em enfermagem obstétrica após processo seletivo interno.

Acontece que o meu colega já estava saturado das brigas diárias e acabou saindo do setor, conseguiu uma remoção para o centro de saúde. Então me vi ali sozinha e tendo que assumir essa guerra. Não tive outra opção, me juntei aos médicos.

Para que essa transformação de modelo ocorra efetivamente, há necessidade de obter, na atenção obstétrica uma assistência colaborativa entre o médico e a enfermeira obstétrica em relação aos aspectos que envolvem o cuidado da mulher e do neonato. Quando ocorrem conflitos que restringem, por exemplo, a atuação da enfermeira obstétrica, o foco direcionado à disputa de mercado contribui para tensionar os processos que qualificam essa assistência.

Pedia permissão dos médicos para atender as parturientes, fazia episiotomia e colocava ocitocina quando eles mandavam. Dessa forma, fui ganhando a confiança deles.

De fato, funcionou. Os médicos começaram a confiar tanto que me davam certa autonomia. Aos poucos, começamos a usar as tecnologias modernas de atenção ao parto, posições mais verticais, diminuição do uso de ocitocina e episiotomia. Os médicos passaram a não só confiar, como também a realizar as técnicas que fui demonstrando ser eficazes.

Apesar de já ter melhorado, o cenário ainda estava contaminado pelas intervenções como episiotomia e ocitocina, o que nos tornava enfermeiras obstetras bastante intervencionistas.

É oportuno dizer que o choque entre modelos de atenção faz-se presente na assistência obstétrica, na qual a enfermeira realiza cuidados com base nos princípios da humanização, enquanto o médico obstetra tende a implementar, historicamente, práticas influenciadas pelo modelo tecnocrático ao cuidado da mulher, assim perpetuando “o parto como sendo a supremacia da técnica”. Esse modelo soma com o ideário “do homem controlar a natureza”, assim o parto é controlado pelas inúmeras intervenções no corpo da mulher, como a cesariana, a episiotomia, a medicalização, entre outros.

Foi então que surgiu a oportunidade ímpar que consideramos um divisor de águas na nossa carreira como enfermeiras obstetras. Fomos convidadas a realizar o curso de Aprimoramento num Programa de Aperfeiçoamento de Enfermeiras Obstetras durante 15 dias no município do Rio de Janeiro. Não hesitamos. Aceitamos o convite.

Fomos então para o Rio de Janeiro. Lá tivemos várias aulas teóricas de recursos e tecnologias de cuidados de enfermagem obstétrica que nem conhecíamos e acreditávamos, como o uso do rebozo e aromaterapia no parto. Ficamos fascinadas.



Auxiliando a amamentação logo após o parto no curso de Aprimoramento.

Foi uma experiência sensacional. Além de aprendermos novas técnicas, tecnologias, novas maneiras de atuar no parto, ver que a teoria poderia ser colocada em prática com sucesso, ainda trocamos experiências

com vários colegas enfermeiros obstetras que atuam em diversos locais do Brasil, com estruturas e culturas diferentes. Percebemos que, mesmo atuando em locais tão diferentes, nossos problemas eram semelhantes, aprendemos a unir forças e a nos apoiarmos para fazer a diferença na assistência a nossas mulheres.



Carimbo da placenta com papai, mamãe e equipe.

Na volta do Rio, passamos a confiar mais no períneo da mulher, em seu protagonismo, a examinar menos a posição e descida fetal com o toque vaginal, a esperar mais pelo fisiológico acontecer, afinal nosso corpo sabe parir e o bebê sabe nascer. Mas esperar não significa não fazer nada, significa observar mais e intervir menos. Aprendemos a acompanhar de perto os BCFs, a preencher e avaliar o partograma, a usar a nosso favor os exercícios, aromaterapia e escalda-pés e proporcionar conforto e atenção à nossa parturiente e bebê.

Ao chegar ao Rio, não nos acomodamos, sonhávamos com aquele tipo de assistência no nosso setor. Começamos a levar mais as parturientes para o banho, apesar de só termos um chuveiro, montamos a caixa de hipertensão, caixa de hemorragia e de assistência ao parto. Nessas caixas, colocamos todo o material necessário à assistência nessas situações específicas, o que facilita nosso trabalho e acesso mais rápido de forma resolutiva.



Caixas de hipertensão e de hemorragia montadas após o curso de aprimoramento.

Iniciamos também o uso de aromaterapia no parto, compramos alguns dos óleos mais importantes e usamos nas parturientes. Foram instaladas cortinas no nosso Centro Obstétrico, foram adquiridas 10 novas bolas Bobath e estamos estimulando as parturientes a exigir a presença de seu acompanhante até mesmo durante a cesárea, o que antes era proibido naquele setor.



Partos na banqueta.



Parto na banqueta e assistência humanizada ao parto.

Realizamos, mensalmente, curso para gestantes no qual promovemos o empoderamento das mulheres para o parto e desmistificamos os tabus do parto normal, deixando-as mais seguras quando retornam para terem os seus bebês.



Curso de gestantes do HRG (usos do Sling).

Não temos dúvidas do quanto esse curso foi importante para nos dar a motivação e o direcionamento que faltavam. Sempre fomos apaixonadas pela enfermagem obstétrica, mas todo esse longo trajeto nos desmotivou.

Hoje temos uma excelente relação com os médicos e residentes médicos em obstetrícia. Eles entendem e respeitam nossa atuação. Muitos deles nos procuram para ajudarmos a colocar a parturiente na banqueta, na bola ou qualquer outra posição vertical. Respeitam nossas condutas e discutem caso a caso antes de tomarem alguma decisão.

A atenção e a companhia da enfermeira significam, no entendimento das mulheres, uma boa assistência e

demonstram ser algo bastante relevante com a sensação de não se sentirem sós. A enfermagem obstétrica tem um papel fundamental no cuidado e acolhimento às mulheres em trabalho de parto: incentivando o diálogo e oferecendo apoio, conforto e compreensão, estabelece uma relação de confiança e ameniza o tão temido medo do parto.

Recebemos diariamente vários elogios e ouvidorias positivas quanto à atuação da enfermagem obstétrica no nosso setor. Conquistamos a escala própria de enfermagem obstétrica e temos ganhado reforço com a chegada de novas enfermeiras obstetras para compor nossa equipe. Enfim, temos mostrado nossa importância através de dados que comprovam essa eficácia. Temos em média 400 partos por mês em nossa unidade. Com a escala obstétrica, temos realizado em torno de 100 partos por mês com a qualidade e a dignidade que toda mulher merece.

Esses dados motivam diariamente nossa equipe de enfermeiras obstetras, que está sempre empenhada em simplesmente prestar a melhor assistência àquelas gestantes. Sinto-me extremamente lisonjeada em ter feito parte dessa história, em ter ajudado a reescrever cada capítulo de trauma e dor. Diariamente ouvimos relatos de pacientes sobre a fantástica experiência de parir. Aquela história feia mudou. O parto, que antes era “maldito”, agora começa a se tornar “bendito”.



Parto na banqueta e papai cortando o cordão umbilical.

REFERÊNCIAS

AMARAL, R. C. S.; ALVES, V. H.; PEREIRA, A. V.; RODRIGUES, D. P.; SILVA, L. A.; MARCHIORI, G. R. S. A inserção da enfermeira obstétrica no parto e nascimento: obstáculos em um hospital de ensino no Rio de Janeiro. *Esc. Anna Nery*, vol. 23, nº1, Rio de Janeiro, 2019.

BUSSADORI, J. C. C. Ações da equipe de Enfermagem no ciclo gravídico puerperal e as competências essenciais para atenção qualificada ao parto [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP; 2009.

CARVALHO, S. S.; OLIVEIRA, B. R. de; NASCIMENTO, C. S. O. do; GOIS, C. T. de S.; PINTO, I. O. Perception of a nursing team in the implantation of a reception with risk classification sector for pregnant women. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*, 2018.

LIMA, Welman de Sousa *et al.* Assistência ao Parto e suas mudanças ao longo do tempo no Brasil. *Rev. Multidebates*. [internet] 2018 Out. [cited 2018 Nov 15]; 2(2): 41-55, out. 2018.

LIMA, G. P. V.; PEREIRA, A. L. F.; GUIDA, N. F. B.; PROGIANTI, J. M.; ARAÚJO, C. L. F.; Moura, M. A. V. Expectativas, motivações e percepções das enfermeiras sobre a especialização em enfermagem obstétrica na modalidade residência. *Esc. Anna Nery*, 2015.

MENDONÇA, S. S. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. *Civitas*, 2015.

SILVA, L. M.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; SILVA, F. M. B.; ALVARENGA, M. B. Uso da bola suíça no trabalho de parto. *Acta paul. enferm.*, vol. 24, nº 5, São Paulo, 2011.

SILVA, I. A.; SILVA, P. S. F.; ANDRADE, E. O. F.; MORAIS, F. F.; SILVA, R. S. S.; OLIVEIRA, L. S. Percepção das puérperas acerca da assistência de enfermagem no parto humanizado. *Rev. Uningá*, 2017.

MATERNIDADE CÂNDIDO MARIANO – CAMPO GRANDE (MS) – BRASIL

Patrícia Nunes I. Pesqueira¹

A Associação de Amparo à Maternidade e à Infância, Maternidade Cândido Mariano, localizada em Campo Grande (MS), é referência nacional em ginecologia, obstetrícia e Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. Há 81 anos, faz parte do momento mais importante na vida dos sul-mato-grossenses: o nascimento. Sua meta é o cuidado com excelência, modernização e segurança, além do compromisso com o bem-estar de todos que procuram a instituição. São oferecidos os seguintes serviços: apresentação da maternidade por meio da visita antecipada da gestante e família, cartão da criança com as informações sobre o bebê, cartório interno para o registro da criança, orientações sobre amamentação e sobre os primeiros cuidados com o recém-nascido e os principais testes como da orelhinha e pezinho, além da vacinação dos recém-nascidos (hepatite B e BCG).

Considerando a responsabilidade dos gestores desse estabelecimento de saúde na correta inserção, manutenção e atualização sistemática das informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), informamos que, conforme mapeamento dos leitos de acomodação do SUS, há 105 leitos distribuídos assim: 9 leitos de cirurgia geral, 9 leitos de ginecologia, 5 leitos de clínica geral, 20 leitos de UTI Neonatal tipo II, 10 leitos de unidade de cuidados intermediários Neonatal convencional, 4 leitos de unidade de cuidados intermediários Neonatal Canguru, 23 leitos de obstetrícia cirúrgica e 25 leitos de obstetrícia clínica. São realizados mais de 8 mil partos por ano (média de 700 por mês), sendo a taxa mensal de cesarianas 460 e partos normais 250.

Em 2014, passei a fazer parte do corpo de enfermeiros dessa maternidade como enfermeira assistencial, embora com especialidade em terapia intensiva neonatal e de adultos. Junto com a enfermeira Sandra Moraes, iniciei a pós-graduação em obstetrícia e a concluímos, pois não recepcionávamos os recém-nascidos, apenas partejávamos, atendíamos o chamado das parturientes e acompanhantes e avisávamos o médico obstetra e pediatra que a criança ia nascer para dar tempo de eles chegarem. Nessa época, contrataram 4 enfermeiras para sala de parto, sendo uma por dia e por turno. Foi quando chegou a enfermeira Raquel Ramos, com o curso de residência em obstétrica, e a enfermeira Lana, assistencialista, que também iniciou a pós-graduação em obstetrícia.

Na sala de parto, era comum as mulheres ficarem na cama o tempo todo, aos gritos, na maioria das vezes pedindo cesarianas. Os acompanhantes ficavam preocupados, nervosos, as mulheres em jejum, com uso de rotina de ocitocina e episiotomia e manobra de Kristeller “para ajudar” a nascer.

Um ano depois, a enfermeira Raquel Ramos foi para o curso de extensão, na modalidade aprimoramento, intitulado “*Qualificação profissional de Enfermeiros Obstetras*”, realizado na capital do estado do Rio de Janeiro, coordenado e executado pelo Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em parceria com as seguintes unidades de saúde: Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda (HMMABH), Hospital Mater-

¹Enfermeira obstetra assistencial, pós-graduação em Terapia Intensiva em Neonatologia e Adulto e pós-graduação em Auditoria em Saúde.

nidade Mariska Ribeiro (HMMR) e Casa de Parto David Capistrano Filho, vinculados à Secretaria municipal do Rio de Janeiro.

Retornando, promoveu a atualização do Livro de Registro de Nascidos, acrescentando muitos indicadores que antes não registrávamos, como presença de doula, posição que a mulher pariu, uso de ocitocina, episiotomia, períneo íntegro, grau de laceração, uso de fórceps, contato pele a pele, amamentação na primeira hora de vida, clampeamento imediato ou tardio do cordão umbilical.

Incentivou o uso da bola de Bobath, o banho no chuveiro, liberdade para usar a banqueta de parto, uso do mel, suco, bolacha e comida leve, seguindo o Manual das Boas Práticas (MS) e o uso dos florais no ambiente. Abordou a humanização e o respeito. Após dois anos, a enfermeira Raquel Ramos foi assumir concurso federal em outra instituição de saúde. Assim, fui indicada para também participar do Curso de Aprimoramento no Rio de Janeiro pelo Ministério da Saúde, por meio da área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM/DAPES/MS), que financiou o projeto para realização de Curso de Qualificação Profissional de Enfermeiras(os) Obstetras, com enfoque no componente parto e nascimento, da Rede Cegonha/Ministério da Saúde.

O curso foi maravilhoso, rico em informações, abrindo nossos olhos, com excelentes profissionais atuantes, que nos mostraram como é possível fazer acontecer o melhor atendimento dentro da nossa realidade. A minha proposta foi: 1- realização da abertura do partograma pelas enfermeiras, residentes, médicos; 2- aprimoramento da liberdade de escolha da parturiente da posição de parir; 3- Implantação de protocolo do uso do misoprostol e adequação de horários de administração; 4- Treinamento da equipe técnica, acadêmicos, residentes, estagiários de enfermagem e medicina sobre as boas práticas de assistência ao parto e nascimento.

Conseguimos elaborar o protocolo sobre o uso do misoprostol e a adequação dos horários, com o apoio da diretora técnica Dra. Claudia Emília Lang, realizamos o protocolo para registro do partograma para enfatizar sua abertura conforme indicação científica e não após o nascimento, podendo também ser aberto pelo enfermeiro com os demais profissionais dando continui-

dade. Encontramo-nos em treinamento com a equipe técnica de enfermagem e acadêmicos de enfermagem e medicina. Alguns médicos têm participado, durante o plantão, de rodas de conversa para abordar as boas práticas no parto e nascimento.

Conseguimos melhorar a visita antecipada da mulher e família à maternidade, com aumento de mais um dia de visita e maior flexibilidade nos horários. A gestante e um acompanhante podem participar de cursos gratuitos para orientação e preparo do trabalho de parto, nascimento e cuidados com recém-nascido e aleitamento materno.

Convidamos a assistente social e a assessora Fabrícia Rezende para apoiarem uma ideia a fim de melhorar e preparar as gestantes que chegam à nossa unidade para um parto mais tranquilo.

Convidamos todos os profissionais que poderiam estar presentes para um encontro que chamamos inicialmente de “As Vínculadas” para oferecer treinamento junto com a equipe multiprofissional, cursos de fisiologia do parto, cuidados com recém-nascido e aleitamento materno para replicarem em suas unidades de saúde, realizando encontro com gestantes e acompanhantes, orientando a visita antecipada na maternidade.

Tivemos o primeiro encontro, que foi muito positivo, e decidimos agendamento de cronograma anual desses encontros. Foram 22 profissionais presentes, entre eles: representantes das Unidades Básicas de Saúde, Secretaria de Saúde, Rede Cegonha, Secretaria da Mulher do Estado, Secretaria da Infância de Adolescente, enfermeiros, assistente social.

O empenho das enfermeiras vem aumentando em relação às boas práticas e atuação na área de enfermagem em obstetrícia e vem crescendo aos poucos o número de partos assistidos por enfermeiros.



Enfermeira obstetra Patrícia Nunes I. Pesqueira no curso Aprimorandos, no RJ, 11/2018.



Encontro das unidades vinculadas para ampliação da visita antecipada para as gestantes e acompanhantes, curso e treinamento para as unidades de saúde replicarem para suas gestantes durante o pré-natal.



Aprimoramento da equipe técnica de enfermagem no curso UFRJ.



Replicando o curso de aprimoramento para as enfermeiras da maternidade.



Parto assistido pela enfermeira obstetra.



Visita antecipada e curso para casal grávido.



Uso do banho morno para analgesia não farmacológica de alívio da dor.



Orientações e roda de conversa sobre boas práticas no parto e nascimento – médico, acadêmicos e enfermagem.



Liberdade e escolha de posição.



Visita da professora Carla a Campo Grande (MS).



Novas instalações da sala de parto.

ANÁLISE: Dados retirados do livro de registro do setor Sala de Parto.

MÊS	Nº DE PARTO NORMAL	TAXA DE PARTO POR ENF. OBSTETRA	PORCENTAGEM
jan/18	189	15	15*100/189 = 07,94%
fev/18	182	16	16*100/182 = 08,79%
mar/18	206	26	26*100/206 = 12,62%
abr/18	232	19	19*100/232 = 08,19%
mai/18	218	45	45*100/218 = 20,64%
jun/18	173	33	33*100/173 = 19,08%

RESPONSÁVEL PELA COLETA DO INDICADOR
Enª Karolina Gonçalves, Patricia Nunes, Priscieley Palhano e Kamila Goulart

MÊS	Nº DE PARTO NORMAL	TAXA DE PARTO POR ENF. OBSTETRA	PORCENTAGEM
jul/18	200	41	41*100/200 = 20,50%
ago/18	197	48	48*100/197 = 24,36%
set/18			
out/18			
nov/18			
dez/18			

RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE
Enª Renata Guedes

Indicadores de qualidade.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Resolução RDC nº 36/2008 ANVISA, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. 2008.

ÁVILA, Vivian Carla Maia. Emprego de tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem nos partos acompanhados por enfermeiras obstétricas em maternidade filantrópica do Médio-Paraíba (RJ) – Rio de Janeiro; s.n; 2014. 80 p. tab.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento-base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, PORTARIA nº 3.136, Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência – 2. ed. – Brasília (DF), 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde, PORTARIA nº 1.459, de 24 de junho de 2011, institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS – A Rede Cegonha, Brasília (DF), 2011.

Região Sudeste



HOSPITAL IMACULADA CONCEIÇÃO- GUANHÃES (MG) – BRASIL

Evandro Batista Ribeiro¹
Jozabel Pereira Simões²
Rivane Barroso de Souza³
Tatiana Sara dos Santos⁴

A Associação de Caridade Nossa Senhora do Carmo obteve avanços na Maternidade Regional de Guanhães após implantação das boas práticas baseadas em evidências científicas através do Curso de Qualificação Profissional de Enfermeiros Obstetras, oferecido pelo Ministério da Saúde, que ocorreu na cidade do Rio de Janeiro UFRJ.



O HIC, instituição mantida pela Associação de Caridade Nossa Senhora do Carmo há 93 anos, é considerado um hospital geral de média complexidade, filantrópico, com mapa estratégico com enfoque na missão “Prestar assistência humanizada à saúde do cidadão, promovendo com segurança sua satisfação, dignidade e bem-estar”, conforme Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

Tem 78 leitos, sendo 13 leitos da obstetrícia distribuídos em: 3 leitos pré-parto, 5 alojamentos conjuntos, 2 leitos para tratamento clínico e/ou curetagem, 1 leito e 1 mesa de parto na sala de parto natural, além de 1 unidade de cuidados convencionais/intermediários com 5 incubadoras. Vale ressaltar que quando há elevada demanda são abertos apartamentos para acomodação dos usuários. Os demais leitos são divididos entre as clínicas médica, cirúrgica, pediatria e

pronto-socorro. Tem uma equipe com 188 profissionais distribuídos entre os setores técnico/assistencial e administrativo. Na equipe, o hospital conta com um diferencial na microrregião: 4 enfermeiros obstetras e um corpo clínico composto de 38 médicos.

O serviço materno-infantil do HIC é referência no atendimento de urgência e emergência obstétrica de risco habitual no polo microrregional, composto de 11 municípios de forma direta e 12 de forma indireta, conforme Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais – PDR.

A Atenção ao Parto tem como intervenções recomendadas: a presença do acompanhante, movimentação ativa no trabalho de parto, controle da dor, utilização do partograma, estímulo à posição verticalizada da parturiente, uso de ocitocina no terceiro estágio do trabalho de parto, corticosteroide antenatal na iminência de parto prematuro e higienização das mãos dos profissionais, baseadas em evidências científicas, caracterizada pela “utilização criteriosa e consciente de informações científicas consistentes (provas científicas ou ‘evidências’) para tomar decisões clínicas no trato individual dos pacientes”.

É um desafio a ser enfrentado proporcionar um cuidado integrado e organizado de forma sistemática, no qual o estabelecimento de fluxos assistenciais de referência e contrarreferência contribua também para a garantia do cumprimento do princípio da integralidade no Sistema Único de Saúde – SUS, uma realidade que vem mudando com a inserção dos enfermeiros obstetras do HIC.

¹Enfermeiro obstetra assistencial

²Enfermeira obstetra assistencial

³Enfermeira obstetra assistencial

⁴Enfermeira obstetra assistencial

O Hospital Imaculada Conceição – HIC de Guanhães é referência em obstetrícia, com uma equipe de médicos e enfermeiros obstetras disponíveis durante 24 horas. A equipe de enfermeiros da maternidade do HIC desenvolve o trabalho de parto humanizado com medidas não farmacológicas no alívio da dor, tais como indicação de banho, deambulação, bola de Bo-bath e escada de Ling.

O perfil de atendimento na maternidade do HIC requer uma organização dos serviços em toda a rede de atenção à saúde da gestante e do neonato, e demanda uma mudança na cultura dos profissionais envolvidos no processo. Esta organização está sendo favorecida com a oferta de curso pelo estado de Minas Gerais em parceria com a FELUMA – Fundação Educacional Lucas Machado. Destacamos ainda, a participação de vários enfermeiros obstetras no curso de Qualificação Profissional dos Enfermeiros Obstetras, oferecida pelo Ministério da Saúde em parceria com a Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Estes, foram diferenciais para a reorganização da assistência no HIC.

A Equipe Perinatal tem caráter multidisciplinar (obstetra, enfermeiro obstetra, enfermeiro generalista, pediatra, neonatologista, anesthesiologista) com interposição de saberes, sinalizando vocação para transdisciplinaridade, articulação de profissionais favorecida por organização do trabalho de forma colaborativa, em time, com responsabilidade compartilhada. A distribuição das funções de cada profissional da equipe deve ser realizada em cada instituição, respeitando os limites de regulamentação do exercício profissional em ambiente hospitalar, sugerindo responsabilidade compartilhada entre o obstetra e o enfermeiro obstetra no acompanhamento do trabalho de parto e parto sem distocia. Em ambiente hospitalar, com internação e alta com critérios definidos, avaliados por todos os profissionais envolvidos, definidos pelo médico em situações não protocoladas, a comunicação efetiva é fator crítico para o bom desenvolvimento dos processos.

Nesse contexto, a maternidade do HIC desenvolve um trabalho com boa resolutividade na obstetrícia, não atendendo aos requisitos das demais áreas devido à falta de profissionais e também à falta de interação por parte de outros, com resultados negativos na atenção prestada aos usuários.

O serviço é prestado à gestante com prioridade no atendimento, protocolo de Manchester, pelo enfermeiro obstetra e médico obstetra, e ela é acolhida

em consultório obstétrico no pronto-socorro ou diretamente encaminhada à maternidade, dependendo da gravidade e/ou urgência. A mulher é acolhida pela equipe que dispõe dos saberes das boas práticas baseadas em evidências científicas durante todo o processo que envolve o trabalho de parto, parto e puerpério, atuando também na alta responsável, com uma demanda pequena, sendo a maternidade de risco habitual.

O plano de trabalho da obstetrícia é centrado no protocolo usado pelo Hospital Sofia Feldman, uma vez que o serviço foi implantado seguindo o seu modelo. Já na Unidade de Cuidados Convencionais, utilizamos o protocolo do Ministério da Saúde, estando em fase de fechamento um protocolo próprio da instituição, ressaltando a dificuldade de interação por parte dos profissionais, tema abordado nos encontros de capacitação para seguimento de uma rotina por parte de todos.

O painel de monitoramento passou por adequação de acordo com as recomendações do curso. O uso do partograma foi adaptado às necessidades dos médicos, modelo do Ministério da Saúde, no qual a presença do acompanhante é de escolha da parturiente e todo recém-nascido internado é acompanhado pelos pais. A equipe atende rigorosamente aos critérios estabelecidos na primeira hora de vida do RN, como o contato pele a pele e os primeiros cuidados ao final desse período. Quanto à analgesia, não há prática devido à falta de profissional anesthesiologista de plantão. Não existe um sumário específico de alta neonatal, sendo esta descrita no CLAP, não liberada junto ao sumário de alta da mãe. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi anexado junto ao prontuário.

Algumas adaptações foram realizadas para o bom desenvolvimento das atividades e implantações dos serviços, como plotagem da sala para realização do teste do olhinho, do coraçãozinho, da orelhinha, e capacitação do profissional fonoaudiólogo para realização do teste da linguinha, todos atingindo 100% dos recém-nascidos.

Existem muitos desafios a serem vencidos, os quais demandam de aquisições com investimento financeiro, alguns com orçamentos já aprovados, outros dependendo do governo federal. Podemos citar um projeto da Rede Cegonha para ampliação, reforma e aquisição de equipamentos para a maternidade, tendo como suporte alguns equipamentos do Bloco Cirúrgi-

co, o qual se encontra anexo à maternidade.

Além dos itens citados, pode-se dizer que nos serviços de saúde existem pontos críticos, sendo o principal a destacar: a falta de comunicação entre os níveis de atenção primária e a fragmentação da assistência dentro da rede, o que pode contribuir para o aumento da taxa de óbito materno e neonatal. Com base nessa perspectiva, através do curso, implantamos as boas práticas com evidências científicas ao parto humanizado. Em fase de execução há um trabalho de referência e contrarreferência entre a maternidade do HIC e a atenção básica da microrregião de Guanhães, de maneira a contribuir para construção de uma linha de ações que proporcionem melhorias desses fluxos, o que pode possibilitar a assistência hospitalar e o acompanhamento da mulher e do neonato na rede de atenção primária.

Para isso, é necessário o desenvolvimento de métodos para reorganização e reestruturação dos serviços de referência e contrarreferência, com definições das responsabilidades de cada ponto de atenção dentro da rede, bem como a conscientização e capacitação dos profissionais da saúde com base nos preceitos da integralidade e qualidade da assistência.

Dessa forma, o Curso de Qualificação Profissional de Enfermeiros Obstetras nos faz refletir o que diz Michel Odent: “Para mudar o mundo, é preciso mudar a forma de nascer”. Essa frase nos lembra o quão revolucionário pode ser o ato de conceber, gestar e parir um ser humano. E que essa é a revolução de que tanto necessitamos no planeta atualmente. Não existe ato mais político e revolucionário do que trazer ao mundo um ser que já vem banhado de consciência: o ser humano do futuro.

OBJETIVOS “PROJETO NASCER COM AMOR”

Esse projeto é referente ao plano de ação proposto no Curso de Aprimoramento de Enfermeiros Obstétricos, oferecido pelo Ministério da Saúde, ocorrido na cidade do Rio de Janeiro, pela UFRJ, no período de 27 de abril a 10 de maio.

Nosso projeto “Nascer com Amor” tem como objetivo geral conhecer previamente a maternidade onde a paciente terá o bebê. Isso ameniza a ansiedade da

mulher, proporciona tranquilidade e segurança, além de gerar uma relação de confiança entre a gestante e o serviço.

Por esse motivo, a visita à maternidade é recomendada e está nas exigências do Ministério da Saúde nas ações de acolhimento da gestante e do parto humanizado. Os objetivos específicos são:

1. Vinculação da gestante à maternidade desde o pré-natal até o parto, de acordo com o risco gestacional.
2. Assistência por equipe multiprofissional durante todo o percurso clínico da gestante e do recém-nascido.
3. Garantia de atendimento às situações de emergência em todos os pontos de atenção, até a transferência para unidade de complexidade adequada à demanda clínica.
4. Gestão estratégica dos pontos de atenção em rede, com definição de missão, visão e valores construídos pela equipe multiprofissional, com comunicação aberta.
5. Assistência fundamentada por protocolos clínicos validados.
6. Programas de melhoria contínua da assistência.
7. Comunicação efetiva entre os membros da equipe e entre a equipe e a família.
8. Cuidado centrado na mulher, no neonato e sua família.
9. Garantia de permanência do recém-nascido saudável junto à mãe na primeira hora de vida.
10. Vigilância e investigação do óbito materno, fetal e infantil.
11. Garantia de espaço para deambulação e movimentação ativa da mulher.
12. Controle de ruídos nas unidades neonatais, espaço para permanência da família junto ao recém-nascido internado.

13. Participação da mãe nos cuidados ao recém-nascido internado.
14. Vinculação das gestantes residentes no município de Guanhães (MG) ao serviço de referência para assistência ao parto e cuidados especializados.
15. Estabelecimento de visitas técnicas e de ambientação com as gestantes e seus respectivos acompanhantes à maternidade do Hospital Imaculada Conceição, promovendo o entendimento de toda a estrutura e funcionalidade do setor.
16. Interação entre pacientes e profissionais que desenvolvem assistência ao período parturitivo, puerperal e neonatal.
17. Desenvolvimento de oficinas com práticas educativas acerca dos cuidados de saúde à mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto, cuidados com RN e amamentação.

Tem-se como justificativa propiciar à gestante um atendimento humanizado no qual ela tenha a oportunidade de conhecer de perto a maternidade escolhida para a realização do parto e ter acesso às informações a respeito desse momento único.

A formação do vínculo do profissional com a mulher minimiza os anseios e medos expressados por ela em relação ao ambiente hospitalar previamente desconhecido. Proporciona um canal de comunicação entre as gestantes e seus respectivos acompanhantes e a equipe técnica da unidade hospitalar.

O esclarecimento de dúvidas pertinentes à admissão no pré-parto, parto, puerpério e a regulação de cuidados desenvolvidos pela equipe, criando um espaço de construção e desconstrução de saberes entre os atores envolvidos, evitam que a gestante peregrine em busca de cuidados com a saúde.

Soma-se a isso o desenvolvimento das práticas educativas em saúde que devem ser realizadas durante esse momento de encontro, as quais visam à construção da autonomia dos sujeitos para construção do autocuidado.

O projeto será desenvolvido em forma de parceria entre o HIC, referência para o atendimento hospitalar das gestantes de risco habitual cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e a Secretaria Municipal de Saúde de Guanhães (MG).

Contará com a preceptoría do(a) enfermeiro(a) obstétrico(a) plantonista e a participação da plantonista Dra. Myrian, da nutricionista Roberta e da psicóloga Laudiene.

O público-alvo: todas as gestantes que realizam acompanhamento pré-natal nas unidades de saúde do município de Guanhães e que estejam no terceiro trimestre gestacional, visto que esse é o momento mais adequado para o desenvolvimento de práticas educativas direcionadas ao processo parturitivo e puerperal.

Estima-se que o projeto atenda cerca de 20 gestantes de 15 em 15 dias e seus respectivos acompanhantes.

A VISITA

As gestantes serão referenciadas pelas Unidades Básicas de Saúde com agendamento prévio das datas da visita. E as visitas são realizadas de 15 em 15 dias, às 9 horas, com duração prevista de uma hora. Serão apresentados todos os locais pelos quais a gestante passa desde a admissão até a alta e os profissionais que desenvolvem cuidados à gestante/parturiente/puérpera e ao recém-nascido. Durante a visita, serão desenvolvidas práticas educativas em saúde, programadas e direcionadas ao preparo da gestante e do acompanhante para o trabalho de parto, parto e puerpério e demais temas que possam emergir dos(as) visitantes.

Visita de Vinculação: estratégia garante visita à gestante na maternidade do HIC

1. O projeto “Nascer com Amor” apresenta à população residente na cidade de Guanhães a funcionalidade dos serviços ofertados e as experiências vivenciadas pelas pacientes na maternidade.
2. Promover a vinculação das gestantes de risco habitual, residentes no município de Guanhães (MG), à **Maternidade do Hospital Imaculada Conceição**.

3. A estratégia de vinculação é uma ação que determina a maternidade na qual a mulher vai parir e garante o direito ao atendimento na gravidez, no parto e após o parto.
4. A Lei Federal nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, Art. 1º, itens I e II, diz que é direito da gestante conhecer e estabelecer vínculo antecipado com a maternidade na qual receberá assistência no âmbito do SUS:

“Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde – SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na qual será realizado seu parto e à maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal”.

O QUE NOSSA MATERNIDADE OFERECE

1. Confere o direito a um acompanhante de escolha da paciente de acordo com a Lei nº 11.108, de 2005, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.
2. Alimentação de livre escolha da parturiente durante todo o trabalho de parto.
3. O uso das tecnologias não farmacológicas de alívio da dor disponíveis na maternidade.
4. Assistência humanizada e de qualidade tanto para a mãe como para seus acompanhantes.
5. Nem sempre é necessário a episiotomia. Em caso de real necessidade, a paciente é devidamente informada e sua opinião é respeitada.
6. A parturiente tem a livre escolha da sua posição no momento do parto.
7. Caso haja necessidade de um parto cesárea, a paciente é devidamente informada sobre os motivos da necessidade dessa cirurgia. Esse parto só é realizado quando for para o bem da saúde da mãe ou do bebê.
8. Depois do parto, é garantido às mães o direito de ter o bebê ao seu lado no Alojamento

Conjunto e de amamentar em livre demanda. A separação só precisa ser feita se um dos dois necessitar de cuidados especiais.

9. São fornecidas à mãe informações sobre a amamentação e suas vantagens tanto para a mãe quanto para o bebê.

No momento da alta, a paciente sai com orientações sobre quando e onde deverá fazer a consulta de pós-parto e do controle do bebê.

O ACOLHIMENTO NO HOSPITAL IMACULADA CONCEIÇÃO

O acolhimento favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços. O ato de acolher não deve se restringir a uma atitude voluntária de “bondade” e “favor” por parte de alguns profissionais. Não se reduz a uma reorganização espacial com adequação de recepções administrativas e outros ambientes nem a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento. Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia. Essas perspectivas, quando tomadas separadamente dos processos de trabalho em saúde, reduzem o acolhimento a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de corresponsabilização e de produção de vínculo. Em obstetrícia, o acolhimento na porta de entrada dos hospitais e das maternidades assume peculiaridades próprias às necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico.

O desconhecimento e os mitos que rodeiam a gestação, o parto e o nascimento levam muitas vezes à insegurança e à preocupação da mulher e seus familiares. A falta de informação clara e objetiva, mesmo quando a gestante é acompanhada no pré-natal, é um dos fatores que fazem com que ela procure os serviços de urgência e maternidades com frequência.

O acolhimento da mulher e acompanhante tem função fundamental na construção de um vínculo de confiança com os profissionais e serviços de saúde,

favorecendo seu protagonismo especialmente no momento do parto. Frequentemente queixas comuns da gestação podem camuflar situações clínicas que demandam ação rápida, o que exige preparo das equipes para uma escuta qualificada e ganho de habilidade para julgamento clínico criterioso.

O acolhimento é decisivo não só no reconhecimento de condições clínicas urgentes, mas também na potencialização da vivência do parto e nascimento, experiência única na vida da mulher e de sua família. Tem como principal objetivo promover e garantir o acesso e a qualificação do cuidado à saúde das mulheres, bem como dos recém-nascidos durante todo o percurso no serviço, envolvendo a recepção, os espaços assistenciais, as providências para propiciar resposta definitiva e/ou encaminhamento responsável para outros locais. O atendimento burocrático, por ordem de chegada, não permite que casos graves sejam devidamente identificados e priorizados. Nesse sentido, o acolhimento associado à ferramenta da Classificação de Risco visa reorganizar a porta de entrada e todo o atendimento nas maternidades e serviços que realizam partos. (Ministério da Saúde; Manual de acolhimento e classificação de risco).

Pensando assim e visando a uma melhor assistência prestada às nossas usuárias, iniciamos em nossa instituição o acolhimento a nossas gestantes, após a participação do curso de aprimoramento no Rio de Janeiro. A gestante dá entrada pelo pronto-atendimento, é recebida pelo(a) enfermeiro(a) triagista, que a encaminha para uma sala de espera específica para gestante. O enfermeiro(a) entra em contato com o(a) enfermeiro(a) obstétrico(a) de plantão na maternidade, que faz o acolhimento ouvindo sua queixa principal, história pregressa, esclarecendo suas dúvidas, priorizando as urgências e solicitando a avaliação do(a) médico(a) obstetra de plantão.

***PARTOS NORMAIS SEM EPISIOTOMIA E
DIMINUIÇÃO SIGNIFICATIVA DAS EPISIOTOMIAS
REALIZADAS NA MATERNIDADE DO HOSPITAL
IMACULADA CONCEIÇÃO***

Foram excepcionais nossos dias de vivência com a equipe do Mariska e do Hospital Maria Amélia através

do Curso de Qualificação Profissional de Enfermeiros Obstetras no Rio de Janeiro: momentos de aprendizagem e troca de conhecimentos, determinantes para mudanças no processo de nascimento/binômio mãe-filho em nossa instituição.

Rotinas até então utilizadas foram substituídas gradativamente, em conformidade com estudos científicos comprovados, em evidência a prática de episiotomia, abolida entre a equipe de enfermagem obstétrica, dados informados à Gerência Regional de Saúde do Estado de Minas Gerais, referentes ao 2º semestre de 2018, pontuando em 29% entre os partos normais realizados, já após capacitação parcial da equipe, perfazendo 10% no primeiro trimestre de 2019, ressaltando a prática impactada no último valor realizado em sua maioria pelos médicos.

Fascinante como a nova prática inicialmente provocava olhares e pensamentos, primeiramente o meu. Ouvi das preceptoras como ocorria a evolução do parto pela equipe do Rio de Janeiro e de uma colega da Paraíba, que disse: “Eu nunca fiz episiotomia, nem quero fazer, nunca precisei...”. E eu pensava: “Mas como? Será que dá certo? Quero ver.”. Como já praticava tal ação em alguns casos, me perguntei: “Mas nunca fazer?”.

E, após retornar à minha terra natal, junto com meus colegas, ainda me perguntava: “Será verdade?” Então comecei a evoluir partos independentemente da idade das pacientes sem episiotomia. Sim, é possível.

Com o passar dos dias, por ser a primeira da turma a participar do aprimoramento, comecei a observar nas passagens de plantão partos sem episiotomia e até mesmo perguntava: “Teve episio?”. E o tempo foi passando, os colegas ansiosos para passar pelo aprimoramento.

Pouco a pouco, nossa equipe participava da qualificação, todos apaixonados pelas novas tecnologias, inclusive os médicos, que as adotaram, reduzindo potencialmente o número de intervenções. Uma mistura de boas práticas e satisfação pessoal para fortalecimento das ações voltadas ao parto e nascimento.

RESULTADOS SATISFATÓRIOS DAS EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO CURSO

Desde o início do curso, nos mostramos dedicados e envolvidos com tudo que era novidade, motivando-nos a implantar de acordo com nossas condições, por meio de doações, empenho da administração, colegas de trabalho, entre outros.

Podemos dizer que estamos quase lá, ainda falta algo, mas o mais importante é que, num contexto geral, somos pioneiros na região nos testes exigidos pelo Ministério da Saúde, tais como orelhinha, olhinho, coraçozinho e agora o da linguinha, todos realizados na totalidade, 100%. A alta somente é concedida após a 25ª hora de vida do recém-nascido. O contato pele a pele na primeira hora é obrigatório, sendo os primeiros cuidados realizados ao se completar uma hora. Os enfermeiros obstetras também já não fazem episiotomia, deixando fluir o desprendimento mais natural possível, diminuindo assim a taxa de episiotomia em nossa instituição hospitalar. A equipe treinada interage nas condutas. Os suportes exigidos em caso de urgência já foram montados, faltando alguns que demandam verba orçamentária para aquisição ou que dependem dos trâmites legais para aquisição.

Em contrapartida, a taxa de parto neste ano de 2019 atingiu 95% a mais que em 2018, chegando a quase 1.000 partos, sendo que a inserção do(a) enfermeiro(a) obstetra na maternidade tem uma boa aceitação por parte da população e elevada taxa de aceitação das gestantes, confirmada por parentes e vizinhos, que sempre mencionam nosso trabalho.

Numa expectativa positiva, estaremos buscando soluções para os pontos apresentados pendentes e irrelevantes à prestação de um bom serviço para garantia do profissional e satisfação do usuário.

O AVANÇO DA MATERNIDADE DE GUANHÃES APÓS IMPLANTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS, ATRAVÉS DO CURSO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS OBSTETRAS, OFERECIDO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, QUE OCORREU NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO – UFRJ



Contato pele a pele com mãe imediatamente após o nascimento.



Capacitação com os enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família – projeto “Nascer com Amor”.



Idealizadores do projeto “Nascer com Amor” – enfermeira obstetra Tatiana e enfermeiro obstetra Evandro.



Enfermeira obstetra Jozabel – Aplicabilidade no contato pele a pele, nível de satisfação do usuário.



Aplicabilidade da Visita Orientada às Gestantes e Vinculação.



Parto normal, presença do acompanhante.



Satisfação e participação ativa do esposo cortando o coto umbilical.



Contato pele a pele com a mãe imediatamente após o nascimento.

Região Sul



MATERNIDADE DARCY VARGAS – JOINVILLE (SC) – BRASIL

Ana Maria Brizola¹
Beatriz Mendes Abreu²
Floriane Muncinelli de Souza³
Giselle Krischinski da Silva⁴
Jeane Zimmermann⁵
Jéssica Danúbia Schwerz⁶
Rosimeire Pereira Bressan⁷



Idealizada para auxiliar no serviço hospitalar de Joinville (SC), fundada em 16 de abril de 1947, a Maternidade Darcy Vargas tornou-se referência na prestação de serviços obstétricos e neonatológicos da região norte e nordeste de Santa Catarina. Essa unidade hospitalar é vinculada à Secretaria de Estado de Desenvolvimento Regional (SDR), com sede em Joinville.

Desde 2005, foi credenciada pelo Ministério da Educação (MEC/MC) como hospital de ensino, abrigando, em regime de internato, estudantes de medicina da Univille, estagiários do Ielusc, Univille, Unisul, UFSC, URB e outras universidades, faculdades e escolas credenciadas nas áreas de enfermagem, psicologia clínica, fonoaudiologia, fisioterapia neonatal, assistência social e nutricional e terapia ocupacional. Conta também com médicos residentes.

Seus pacientes são gestantes, parturientes e puérperas, com baixo, médio e alto risco. Atende mulheres adolescentes e adultas, recém-nascidos (RN) e família. E estudantes nas áreas correlatas à atuação da MDV. Também é uma unidade hospitalar auxiliar na

formação de profissionais. Infraestrutura:

Total de leitos obstétricos: 129

Total de leitos na UTI neonatal: 10 e 13 leitos intermediários

Alojamento Conjunto (berços): 80

Leitos obstétricos: 18 (inclui leitos da SRPA)

Leitos de mães que aguardam RN na NEO: 8

Seu quadro de funcionários revela:

Médicos efetivos: 102 (incluindo efetivos e ACTs)

Enfermeiros efetivos: 60 (incluindo efetivos e ACTs)

Técnicos de Enfermagem: 225 (incluindo efetivos e ACTs)

Auxiliares de Enfermagem: 64 (somente efetivos)

Médicos residentes: 26

Residentes da Residência Multiprofissional: 18

Total de funcionários: 525 (incluindo efetivos e ACTs)

¹Enfermeira assistencial do Centro Obstétrico e docente/preceptoria da residência

²Enfermeira assistencial do Centro Cirúrgico e docente/preceptoria da residência

³Enfermeira assistencial do Centro Cirúrgico

⁴Enfermeira assistencial do Alojamento Conjunto e docente/preceptoria da residência

⁵Enfermeira assistencial do Centro Obstétrico, coordenadora do Alto Risco e docente/preceptoria da residência

⁶Coordenadora do Alto Risco e docente/preceptoria da residência

⁷Enfermeira assistencial do Centro Obstétrico e docente/preceptoria da residência

Quadro sobre os indicadores de qualidade da assistência

Indicadores MDV	Resultados	
	2015	2018
Taxa de partos normais	3.867 – 63%	3.905 – 64%
Taxa de cesáreas	2.241 – 37%	2.160 – 36%
Total de nascimentos	6.108	6.065
Média de nascimentos/mês	509	505
Partos assistidos com uso de ocitocina	42,5%	41,7%
Contato pele a pele	91,2%	85,7%
Amamentação na 1ª hora	90,9%	95,1%
Ingesta líquida	44,4%	68,2%
Uso de métodos não farmacológicos	48,7%	65,5%
Realização de enemas	s/dados	15%
Realização de tricotomia	s/dados	13,6%
Realização de episiotomia	21,9%	16%
Partos assistidos por enfermeiros *		
Taxa de partos assistidos por enfermeira	34%	15%*
Posições de partos (percentuais)		
Verticalizadas	34%	70%
Cócoras	21%	8%
DLE	25%	26%
Litotomia	17%	10%
Genupeitoral	1%	1%
4 apoios	2%	18%

*Dados ponderados até junho/18

Fonte: Livro controle Partos Assistidos pela Enfermeira

APRESENTAMOS QUADRO SÍNTESE QUE DEMONSTRA AS MUDANÇAS APÓS O CURSO DE APRIMORAMENTO RELACIONADO AOS PROCESSOS DE TRABALHO NA UNIDADE

ANTES DO APRIMORAMENTO	SITUAÇÃO ATUAL
Enfermeiro por plantão em todos os períodos	Houve tentativa de mudança, porém não extensiva a todos os plantões. Situação abolida por parte da gestão devido a número insuficiente de enfermeiros
Partos assistidos por enfermeiros na sala de parto – modelo tradicional	Aquisição de leitos PPP – partos assistidos nos leitos PPP
Uso de episiotomia em algumas situações	Procedimento caiu em desuso por parte dos profissionais enfermeiros
Utilização das boas práticas não extensiva a todos os plantões (pelos enfermeiros)	Boas práticas utilizadas como rotina em todos os plantões

Gestantes/parturientes recebiam apenas dieta líquida	Gestantes/parturientes recebem alimentos variados conforme sua aceitação
Gestantes/parturientes permaneciam no leito aguardando a evolução do parto	Gestantes/parturientes estimuladas a deambular, realizar exercícios na bola para a adequada evolução do parto
Impedimento de acompanhamento do trabalho de parto, nascimento e pós-parto pelas doulas	Liberação com devida identificação das doulas para acompanhamento do trabalho de parto, nascimento e pós-parto. Além do Projeto de Lei 208/13, aprovado em 16/12/15 e sancionado pelo governador de SC na época, que dispõe sobre a presença das doulas nos hospitais e maternidades de SC
Modelo de atendimento tradicional realizado por 100% da equipe médica	Modelo de atendimento em leitos PPP utilizando posições variadas em vários partos atendidos pela equipe médica
Desconhecimento pela equipe médica e não utilização das boas práticas	Aula das boas práticas faz parte do rol das aulas de todos os residentes, sendo implementadas na assistência Participação de médicos em eventos como SIA PARTO e outros
Utilização de sutura com técnica tradicional	Utilização de sutura com técnica contínua, aprimorada conforme as evidências
Prática de assistência ao parto com técnica Hands ON	Prática de assistência ao parto com técnica Hands OFF (ainda não compreendida de todo pela equipe médica)
Banhos nos bebês realizados de forma precoce em 100% dos casos	Banhos nos bebês realizados tardiamente, exceto nos casos de indicação
Contato pele a pele não realizado ou, se realizado, de forma muito incipiente	Contato pele a pele realizado na maioria dos casos. Prática ainda deve ser melhorada no período noturno e no CC (nas cesáreas)
Métodos não farmacológicos pouco oferecidos/pouco utilizados pela equipe do plantão	Métodos não farmacológicos bastante utilizados e oferecidos pela equipe do plantão
Utilização de enemas e tricotomia em 100% das internações	Abolição do uso de enemas e tricotomia nas internações, exceto se necessário em cesáreas, realizada tricotomia suprapúbica
Utilização de episiotomia em grande escala, girando em torno de 26%	Redução dos índices de episiotomia, atualmente em 16%, com tendência de queda
Clampeamento imediato do cordão umbilical em 100% dos casos	Clampeamento oportuno do cordão umbilical (de 1 a 3 min), exceto em situações adversas

VIVÊNCIAS OBTIDAS NO CURSO DE QUALIFICAÇÃO

O curso propiciou a quebra de vários paradigmas para os profissionais que foram envolvidos no Aprimoramento, facultando assim a prática das boas experiências aprendidas e assimiladas no curso.

No retorno do Rio de Janeiro, foi promovido um curso com as enfermeiras da instituição para o repasse das boas práticas e implantação de novas rotinas, conforme acordado com a Gerência de Enfermagem e a coordenadora do CO na época.

No final de 2015, foi implantado um livro para o registro dos partos assistidos pelos enfermeiros e assim propiciar a compilação de dados. Atualmente (desde abril/2019) os dados são registrados no sistema.

A maternidade aderiu ao Projeto Aprimoramento e Inovação no Cuidado no Ensino no segundo semestre de 2017 e permanece ainda em fase de implantação das boas práticas. Está sendo programado um seminário para apresentação do projeto, as fases de implantação, bem como as conquistas ao longo desses dois anos e os pontos críticos.

ATIVIDADES EXITOSAS

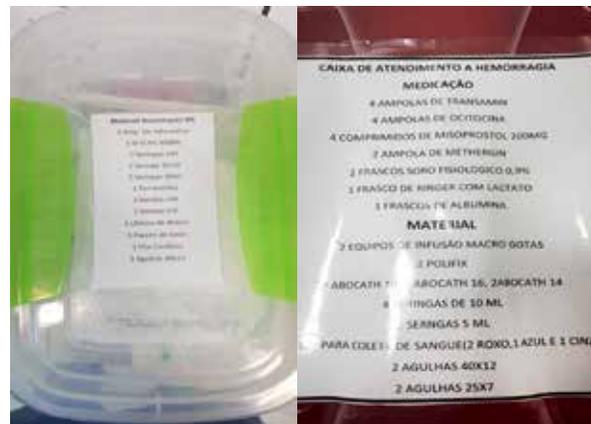
Reforçado o contato pele a pele.

Postergação do exame ao RN pelo pediatra.

Aquisição de relógio digital em vários locais da instituição (CC, sala de parto, pré-parto e triagem). Manutenção da temperatura ambiente entre 23 °C e 25 °C.

Participação em vários eventos em Santa Catarina divulgando as boas práticas aprendidas e colocadas em prática na instituição.

Organização de caixas contendo material para atendimento ao RN e resposta a hemorragias.



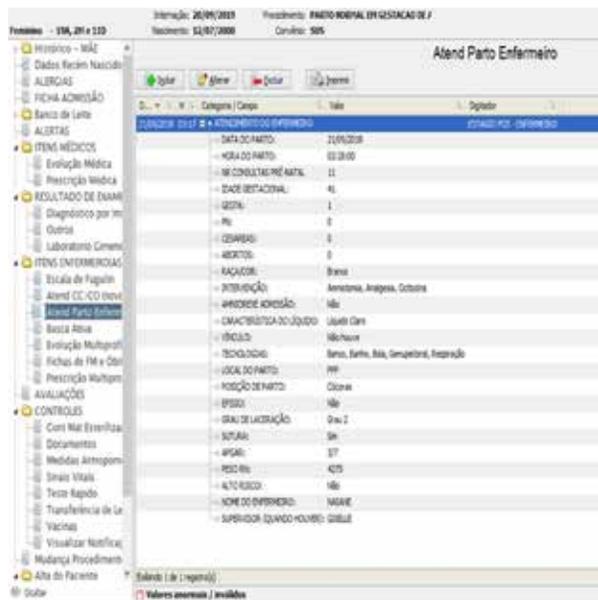
Caixas organizadoras para atendimento ao RN e em emergências (hemorragias).



Relógio digital.



Entrada Maternidade Darcy Vargas.



Implantação de registro de controle dos partos realizados pelos enfermeiros no sistema.



Um dos leitos PPP no Centro Obstétrico (sistema de box).



Assistência ao parto.



Espaço das Gestantes – inaugurado em agosto de 2018.



Participação de enfermeiras nos eventos, levando a filosofia do trabalho e o nome da instituição.



Jardim da Luz – Espaço humanizado dedicado às gestantes.



Inserção da Maternidade Darcy Vargas em Projeto do MS/2017.



Jardim da Luz – foto da cachoeira – inaugurado em agosto de 2018.



Exercícios no balanço em companhia do marido.



Capítulo IV

**ENFERMEIRAS, PRECEPTORAS,
JARDINEIRAS E MUITO MAIS**

PRECEPTORAS PLANTANDO E COLHENDO PELA FORMAÇÃO PERMANENTE EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Bruna Celia da Silva Lima¹
Jemima de Souza Fortunato Queiroz Lopes²
Anna Christina de Almeida Porreca³
Bruna de Araújo⁴
Danielle Rodrigues do Couto⁵
Marcella Cristina de Souza Pereira⁶

O Curso de Qualificação Para Enfermeiros Obstetras do Ministério da Saúde, em parceria com a Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ e as maternidades Maria Amélia Buarque de Hollanda e Mariska Ribeiro, é uma estratégia para fomentar a rede de profissionais capacitados para intervir nos modelos de atenção à saúde da mulher e ao recém-nascido a partir de processos de formação-intervenção. Esses processos de formação-intervenção têm em seu cerne a articulação entre a produção de conhecimento, interferência nas práticas de atenção e gestão, produção de saúde e produção de sujeitos de modo indissociável (SOUZA *et al.*, 2019). Essa indissociabilidade refere-se à vivência de cada profissional, seu pensamento e sua vida e, dentro desse processo, a oportunidade de reinventar-se e reconstruir a si mesmo e a sua prática a partir do cotidiano dos serviços, seus desafios e suas relações com os modos de fazer o cuidado e a gestão no território (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, o Curso de Qualificação para Enfermeiros Obstetras permitiu que muitos enfermeiros de locais variados do Brasil pudessem refletir sobre a sua prática profissional, apreender novos conhecimentos, vivenciar experiências diversas em contextos variados na assistência, trocar com seus pares, fortalecer a sua prática profissional, conhecer as diferentes rea-

lidades dos enfermeiros obstetras do país e adquirir confiança em seus processos de trabalho.

Entretanto, essa iniciativa do Ministério da Saúde não oportunizou benefícios e aprimoramento somente para os enfermeiros que participavam do curso, mas também para aqueles que recebiam seus colegas como preceptores. Os preceptores acompanhavam os enfermeiros no campo prático, nas maternidades Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda (HMMABH) e Hospital da Mulher Mariska Ribeiro (HMMR). Esses campos são unidades que atendem via SUS e foram planejados e inaugurados após a publicação das diretrizes da Rede Cegonha como parte do projeto Cegonha Carioca. Com isso, a estrutura física e a gestão do cuidado favorecem a inserção de boas práticas no cenário do parto, humanização da assistência e autonomia do enfermeiro obstétrico dentro da equipe multiprofissional, de acordo com o que é regulamentado na Resolução 516/16 do COFEN.

Botti e Rego (2008) definem preceptor como aquele que atua com estudantes e profissionais em formação dentro do seu ambiente de trabalho com o objetivo de desenvolver habilidades clínicas e avaliar esse profissional em formação. Eles têm compromisso ético e político, responsabilidade e vínculo com a formação e

¹Enfermeira obstetra assistencial do Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda

²Enfermeira obstetra assistencial do Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda

³Mestre em enfermagem e enfermeira obstetra assistencial do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro

⁴Enfermeira obstetra assistencial do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro

⁵Enfermeira obstetra e Gerente do CPN do Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda

⁶Enfermeira obstetra e Gerente de Enfermagem do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro

assumem papel primordial, levando os estudantes a problematizar a realidade, refletir sobre as soluções e inserindo-os nas ações e no cotidiano da assistência (FERREIRA *et al.*, 2018). Dessa forma, considerando que todos os envolvidos já têm experiência na assistência ao parto e nascimento, a preceptoria do Curso de Aprimoramento desenvolveu-se para além do que foi preconizado por esses autores, de acordo com as trocas que foram se construindo, caminhando para o desenvolvimento de atividades múltiplas de acordo com a necessidade e interação com os enfermeiros obstetras participantes. Sendo o Brasil um país com grande diversidade etnocultural, as diferentes perspectivas socioculturais envolvendo partos e nascimentos enriqueceram as trocas.

Nesse curso, não há quem só ensine e quem só aprenda. O diálogo e todo o conhecimento que provém dos envolvidos permitem que todos sejam ao mesmo tempo educador e aluno. O curso deixava claro seu intuito de aprimoramento do conhecimento teórico-prático, mas não engessava as atividades que deveriam ser realizadas, o que permitiu que pudéssemos conhecer as turmas e abordar suas especificidades. A autonomia e confiança dada aos preceptores foram essenciais para as discussões ricas nas abordagens e temas. Tivemos a possibilidade de debater, além do conhecimento assistencial, a realidade da enfermagem obstétrica no contexto SUS, a inserção da doula e do fisioterapeuta no âmbito do parto e nascimento, o feminismo e suas lutas, a abordagem dos diferentes profissionais na assistência direta ao parto e tantos outros assuntos que fomentaram crescimento profissional e pessoal dos envolvidos. O contato com diversas culturas e realidades trouxe possibilidade de crescimento e refinamento de técnicas para ambas as partes, favorecendo a construção do cuidado de forma mais individualizada a partir das especificidades socioculturais da parturiente.

O primeiro contato dos enfermeiros do Curso de Aprimoramento e as preceptoras era um misto de emoções pelo desconhecimento do que a semana nos apresentaria. Geralmente eram de 6 a 8 enfermeiros de diferentes localidades do país, ansiosos também pelas novas experiências. Esse primeiro encontro geralmente ocorria em um ambiente descontraído, sentávamos no chão ou em pufes para que desembaraçadamente

a conversa acontecesse e cada qual expressasse sua realidade, suas dificuldades e sua escolha pela enfermagem obstétrica. A roda de conversa também era de grande importância para nortear a abordagem prática que seria realizada. Além disso, era muito instigante ouvir os relatos e as expectativas que cada um trazia para aquele momento, o que suscitava ainda mais vontade de debater a prática assistencial e tudo que permeia esse assunto. Enxergar e entender que há vários “Brasis” em um único Brasil era uma das etapas mais impactantes de todo o processo.

Ao pactuarmos uma relação de confiança mútua no espaço de diálogo, muitas questões íntimas emergiram nas falas, sendo esse um espaço de conscientização e ressignificação de aspectos tabus que permeiam a relação com o trabalho obstétrico. As situações consideradas do arcabouço da violência obstétrica foram levantadas, contudo o debate também caminhou para outras formas de violência contra a mulher, de acordo com as definições descritas na Lei nº 11.340, de agosto de 2006, incluindo também as diferentes formas de violência psicológica e moral que o profissional de enfermagem obstétrica está sujeito no seu cotidiano de serviço. Alguns relatos foram impactantes e serviram para que o grupo se sensibilizasse e buscasse estratégias para lidar com o processo de forma coletiva. Também foram abordadas as questões pertinentes à dicotomia existente entre a ampliação de vagas e formação para enfermeiros obstétricos e a flexibilização de vínculos laborais e planos de carreira.

Progiant (2015) aponta que a coexistência de diferentes estratos de trabalhadores gera instabilidade nos postos de trabalho e induz à precarização da atuação traduzida em desgaste físico e psíquico, desmotivação, baixo desempenho, absenteísmo, descompromisso com o estabelecimento e com a qualidade da atenção. Outro efeito desse processo se apresenta na alta rotatividade nos serviços, afetando a continuidade das políticas públicas e dos programas de atenção à saúde. Quanto a essas questões, o que emergiu nos relatos de forma mais relevante foi o dimensionamento inadequado de profissionais de enfermagem para o serviço planejado, o engajamento sem contratação como especialista para exercer a especialidade, o deslocamento de função devido ao déficit de RH, a escassez de concursos para especialistas em enfer-

magem obstétrica e a sobrecarga da preceptoría das residências de enfermagem obstétrica em algumas unidades, comprometendo as trocas educativas entre esses profissionais.

Após esse breve conhecimento mútuo, apresentamos as unidades de campo prático através de visita técnica, ponto-chave na perspectiva de fluxo entre setores e utilização do espaço físico. Nessa visita, eles conheciam todos os setores da maternidade, suas especificidades e correlações, momento em que sanaram muitas dúvidas gerenciais e de estatística. Apesar de a Rede Cegonha dar bastante clareza em relação ao que se espera na organização dos serviços, as realidades das unidades de origem dos participantes requerem várias reflexões nas diferentes esferas gerenciais para se fazer o cumprir o proposto. Esse se mostrou um momento rico para o debate em relação a insumos, protocolos, adaptação do espaço físico e organização do processo de trabalho. Esse momento também oportunizou interação com membros da equipe e clientela de todos os setores da unidade, favorecendo a interação e observação de atividades no cotidiano dos serviços e seu impacto nos envolvidos.

Também proporcionávamos o contato com o módulo transporte da Cegonha Carioca – a ambulância que fica baseada na unidade, onde pudessem conhecer essa vertente da assistência às gestantes, oportunizando vivenciar o atendimento às gestantes na casa ou na unidade básica, junto às enfermeiras do programa Cegonha Carioca.



Outro ponto do programa que pode ser vivenciado pelos enfermeiros é a chamada “Visita da Cegonha”, que consiste numa visita de vinculação da gestante à sua unidade de referência na rede, com o propósito de conhecer a sua maternidade, esclarecer dúvidas sobre o atendimento e a internação para o parto, além de fa-

miliarizá-la com o espaço físico e as possibilidades de construção de cuidado. Nessa visita, há duas rodas de conversa, uma para ambientar e esclarecer as rotinas da unidade quanto aos atendimentos e recursos e outra no Centro de Parto Normal com a enfermeira obstétrica para esclarecer questões pertinentes ao trabalho de parto, vias de parto, profissionais que atuam, tecnologias não farmacológicas para alívio da dor e progressão do trabalho de parto, além de aspectos na construção da ambiência. A referência se dá através da unidade de saúde da família onde é realizado o acompanhamento pré-natal. Essa visita foi acompanhada pelos alunos da qualificação e todos se mostraram muito animados com estratégia de vinculação e a possibilidade de a gestante sanar suas dúvidas em relação à gestação, trabalho de parto e parto. Muitos deles participaram desse momento e essa atividade desencadeou diversos debates de como eles fariam isso em suas respectivas unidades.



Teoria e prática eram presentes na semana de atividades com os enfermeiros em aprimoramento. Esses dois momentos são complementares e dependentes. Durante a nossa prática, a teoria está sempre presente, mas ter um momento específico para uma discussão mais ampla é imprescindível. A prática precisa estar vinculada a uma teoria baseada em evidências e necessita ser discutida para ser mais bem inserida em cada realidade. Se algo não é discutido e repensado para o contexto específico de cada um, perde

sua principal característica: trazer a mudança. Quando algo não cria significado, não faz sentido, se dilui e desaparece com o passar do tempo. As unidades proporcionavam assuntos diferentes e complementares para o desenvolvimento da prática profissional dos enfermeiros.

Para atender às diferentes demandas, nos organizamos da seguinte forma: no HMMR, as aulas teóricas eram divididas em dois momentos: roda de discussão com sorteio de temas e a teoria da assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento, em que eram abordadas as tecnologias não farmacológicas no cuidar da enfermagem obstétrica, o olhar para as especificidades de cada parturiente, o plano de parto e sua importância, a violência contra as mulheres, a escuta ativa no atendimento à necessidade da cliente, a liberdade de movimento e posição no trabalho de parto e parto, o acompanhante de livre escolha e o suporte contínuo, alimentação e tecnologias para ambiência, alívio da dor e evolução do trabalho de parto e parto, o *hands off*, a *golden hour* e a política de práticas integrativas e complementares, além da indicação de leituras complementares.

No HMMABH, as aulas teóricas foram focadas em noções de acupressão e aromaterapia na sala de parto (indução, relaxamento e estimulação) e na assistência neonatal, como primeiros cuidados do RN, reanimação neonatal na sala de parto com parte teórica e prática com manequins e instrumentos. Todo esse momento teórico permitia uma grande imersão nas dúvidas, receios e aspirações provenientes dos profissionais que estavam ali buscando seu aprimoramento.

A possibilidade de assistência nos campos práticos criou o arcabouço necessário para a mudança nas realidades de cada profissional, porque eles enxergaram que novas formas de condução do trabalho de parto, parto e nascimento eram realmente possíveis e palpáveis para seus campos de atuação.

A construção do atendimento às clientes dentro da sala de parto também foi outra grande experiência. As assistências ofertadas e compartilhadas por nós – preceptores –, pelos profissionais em aprimoramento e os residentes em enfermagem obstétrica foram momentos enriquecedores. Muitos enfermeiros não tinham prática em partos não horizontais, não conseguindo racionalizar como seria essa assistência com livre posicionamento por parte da mulher. Eles tiveram a oportunidade de assistir partos verticalizados na banqueta, no cavalinho, no chuveiro, semivertical, 4 apoios, cócoras sustentada e lateral na cama e em pé na sala de parto junto conosco e os residentes. Dessa forma, entenderam e experimentaram essa configuração de assistência para darem prosseguimento em seus cotidianos.



Outros não conseguiram em suas realidades realizar as tecnologias não farmacológicas para alívio da dor e os métodos naturais para o estímulo do trabalho de parto. Puderam ter a experiência de visualizar a diferença que o ambiente faz no trabalho de parto e parto das mulheres e colocar em prática o uso das tecnologias: a massagem, a penumbra, o esalda-pés, o uso da aromaterapia, o rebozo, o cavalinho, a bola e a mudança no posicionamento.



Além do atendimento, as gestantes e os enfermeiros puderam realizar, junto com as preceptoras, a arte da placenta, que consiste na pintura da placenta e o carimbo dela como um presente para a mulher parida e seu recém-nascido. Essa arte levava uma dedicatória dos enfermeiros, lembrando à mulher todo o zelo e carinho prestado no nascimento de seu filho. Os enfermeiros em aprimoramento ficaram bem animados com essa possibilidade de presentear suas assistidas.



Outro momento aproveitado por eles e estimulado pela preceptoria foi a realização da técnica de *belly mapping*, que consiste, além da pintura da barriga, na exploração do bebê dentro do útero. Essa técnica proporcionou momentos de descontração e conhecimento sobre as posições fetais no útero e a manobra de Leopold.



Como já exposto, a prática e a teoria se entrecruzavam no campo e muitas discussões e treinamentos eram abordados. No tocante às discussões, abarcamos a classificação do risco obstétrico no atendimento integral à parturiente, cardiocografia e seus traçados, com enfoque nas linhas não tranquilizadoras, realização do toque vaginal, da avaliação de dinâmica uterina e ausculta dos batimentos cardíofetais de forma intermitente, os entraves emocionais que as parturientes podem apresentar durante o trabalho de parto e que interferem no transcorrer desse momento, a gestão do partear e das demais atribuições da enfermeira obstétrica em um setor e as vivências no campo prático do curso com outras possibilidades de abordagem.

Em relação aos treinamentos, experienciamos protocolos de distocia com os mnemônicos ALERTA, A SAÍDA e FLIP FLOP, reanimação fetal intraútero, assistência ao parto pélvico na posição de quatro apoios, hemorragia pós-parto com abordagem à luz do antigo e novo protocolo, com debate comparativo entre os dois, construção do balão intrauterino hemostático, as tecnologias para ambiência, alívio da dor e evolução do trabalho de parto e parto (bola suíça, banqueta, cavalinho, aromaterapia, massagem, escalda-pés, penumbra, deambulação, banho morno, respiração consciente, rebozo, redução de ruídos sonoros em sala de parto, *spinning babies*, música ambiente); teoria e prática da sutura chuleio simples e intradérmica e a manobra de Somersault na circular justa de cordão.



Além de toda essa construção do ser profissional, abarcamos o ambiente de trabalho com a exposição dos instrumentos para a sistematização da assistência de enfermagem, como os impressos referentes ao registro de sinais vitais, evolução da primeira hora de vida do recém-nascido, evolução de alojamento da puérpera e do recém-nascido, partograma, relatório de parto, ficha de acompanhamento do trabalho de parto, ficha de controle do uso de misoprostol pela equipe médica, livro de parto e exemplos de evoluções para admissão das parturientes no centro obstétrico. Esse momento possibilitou a muitos enfermeiros falar sobre questões de gestão e organização de seus serviços e à preceptoria conhecer/aprender com eles questões de faturamento, gestão e até a importância do preenchimento pelo enfermeiro da guia de internação hospitalar – não realizado por enfermeiros obstetras das maternidades municipais do Rio de Janeiro. Alguns grupos tiveram a oportunidade de se reunir com a direção técnica multiprofissional do HMMR para debater as propostas de atuação e fluxos.

As(Os) enfermeiras(os) obstetras possuem perfil e competência para acompanhar o processo fisiológico do nascimento, contribuindo para a sua evolução natural, reconhecendo e corrigindo os desvios da normalidade e encaminhando aquelas que demandem assistência especializada. Além disso, tem o papel de facilitar a participação da mulher no processo do



nascimento, caminhando para o modelo fundamentado nos princípios da humanização, que se baseia no respeito ao ser humano, na empatia, na intersubjetividade, no envolvimento, no vínculo, oferecendo à mulher e à família a possibilidade de escolha de acordo com suas crenças e valores culturais (BRASIL, 2014, pg. 198 *apud* MÉRIGHI; GUALDA, 2009).

Devido ao caráter singular da expressão das subjetividades na construção do processo de cuidado, além do curso de qualificação proporcionar um grande aprendizado a enfermeiras obstétricas com algum tempo de atuação, pode-se dizer que o curso contribuiu para as novas preceptoras, enquanto campo de prática o Hospital Maternidade Maria Amélia. O contato com o curso de qualificação contribuiu para as novas preceptoras, recém-formadas absorvidas nos campos, que iniciaram essa interação desde o processo de formação (Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica – EEAN/UFRJ) em campo prático. Ao atuarem em parceria com os enfermeiros do aprimoramento, protagonizaram a construção do conhecimento de forma indireta ao longo das turmas, já trocando experiências e vivenciando a assistência à mulher de forma compartilhada, fazendo a união “residência-enfermeiras”.

Alinhar o início da vida profissional enquanto enfermeiras obstétricas recém-formadas, juntamente com a oportunidade de preceptoría, enriqueceu ainda mais nossa prática, tais como a troca de experiência no contexto dos serviços de saúde, o papel exercido pelas enfermeiras obstétricas em diversos locais do Brasil, a discussão das habilidades e competências quanto à assistência à mulher e ao recém-nascido, mas principalmente o enriquecimento da troca de conhecimentos e vivências de cada uma das enfermeiras.

Hoje percebemos o que cada enfermeiro do país representa para nossa jornada profissional. Cada história exitosa que recebemos por mensagens, seja em seus serviços de saúde, no ensino, pesquisa ou em cada depoimento que vemos nas redes sociais, fortalecendo ainda mais a enfermagem obstétrica e a humanização da assistência ao parto e nascimento.



Última confraternização do grupo após a aula de reparação e cuidado perineal da preceptora Bruna Lima e a penúltima turma do curso de aprimoramento.



Os preceptores Calleo Augusto, Bruna Lima, Nathália Bastos e Tamara Oliveira com a última turma do curso de Aprimoramento.

Consideramos que o curso de qualificação, além de atender aos objetivos propostos, foi um presente para quem se dispusera a participar, independentemente de seu papel. O incremento da autoestima profissional e do conhecimento técnico e científico e a sensação de dever cumprido oxigenam nossa atuação

e agregam a categoria. A preceptoria proporcionou aprendizado e a reflexão sobre nossas atitudes profissionais em relação à assistência e à disposição para o aprimoramento constante. Os ganhos transcendem o aspecto profissional, pois as trocas foram verdadeiras lições de vida. O curso determinou o início de uma caminhada rumo à adequação e consonância de boas práticas obstétricas em nosso país. Acreditamos que, através desses ensinamentos, contribuiremos para qualificação, autoestima e realização profissional de todos os envolvidos, favorecendo também a diminuição de morbimortalidade perinatal e a melhora da experiência vivida pelas mulheres atendidas por enfermeiras obstétricas.



Preceptoras, enfermeiras, jardineiras, sementes e frutos.

Referências

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são seus Papéis? *Rev. Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro (RJ), v. 32, nº 3, p. 363-373, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Brasília (DF): Casa Civil, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS – A Rede Cegonha.

BRASIL, Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento (Cadernos HumanizaSUS; v. 4) – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

COFEN. Resolução 516, normatiza a atuação e a responsabilidade do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de enfermeiro obstetra e obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências, 2016.

LIMA, P. A. B.; ROZENDO, C. A. Challenges and opportunities in the Pró-PET-Health preceptorship.

Interface. Botucatu, nº 19, Supl. 1, p. 779-91, 2015.

PROGIANTI, Jane Márcia; PRATA, Juliana Amaral; BARBOSA, Pedrita Machado. A reestruturação produtiva na saúde: os efeitos da flexibilização nas maternidades do Programa Cegonha Carioca. *Rev. Enferm. UERJ*; 23(2): 164-171, mar.-abr., 2015.

SOUZA, K. V *et al.* Caderno do Curso de Aprimoramento em Enfermagem Obstétrica com foco na atenção ao parto e nascimento: qualificação dos processos de cuidado e de gestão (CAEO/PN/APICEON). Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG, 2019.



Capítulo V

**A MUDANÇA NA FORMA DE
PARIR E NASCER NO BRASIL:
E CONTINUA A SEMEADURA**

“Procuro semear otimismo e plantar sementes de paz e justiça. Digo o que penso, com esperança. Penso no que faço, com fé. Faço o que devo fazer, com amor. Eu me esforço para ser cada dia melhor, pois bondade também se aprende.”

Cora Coralina

A experiência de coordenar um projeto de tamanha repercussão na prática da enfermagem obstétrica no Brasil foi um grande desafio. Buscar parceiros e garantir uniformidade no desenvolvimento dos 24 cursos, com total de 288 enfermeiros, exigiu ações integradas, corresponsabilidade e empenho efetivo de todos que participaram do desenvolvimento do projeto.

O estabelecimento da rede de informação, assim como a troca de experiências, foi o marco fundamental para o êxito do projeto e a manutenção do vínculo entre os integrantes das turmas. Destacamos a metodologia utilizada no desenvolvimento dos cursos, que favoreceu a imersão nos campos da prática e a vivência de experiências que muitos só tinham visto em fotos.

Este livro marca uma pequena mostra de todas as modificações estruturantes e significativas na assistência ao parto e nascimento após o retorno aos serviços de origem e a implementação dos conhecimentos adquiridos durante a realização do curso.

No acompanhamento pós-curso, verificamos que as principais dificuldades para a implementação dos planos de ação foram a carência de enfermeiras obstetras, a inadequação da área física das maternidades, a falta de insumos para a utilização de tecnologias leves de cuidado (óleos, massageadores, bolas, barras, etc.) e a resistência de gestores e integrantes da equipe de saúde para a implementação de práticas humanizadas na assistência ao parto e nascimento. Esses fatores concorrem para a efetiva implantação do modelo de assistência proposto pela Rede Cegonha.

Os instrumentos de avaliação pós-curso preenchidos pelas(os) enfermeiras(os) indicam que, apesar de todas as dificuldades encontradas, é possível implementar

mudanças, mesmo que no microespaço de atuação junto à mulher e ao acompanhante.

Vale ressaltar a importância da participação dos demais integrantes da equipe de enfermagem no processo de humanização da assistência. Para isso, é necessário que seja oferecido curso de qualificação profissional a técnicos e auxiliares de enfermagem para que possam adquirir conhecimento e habilidades nas tecnologias de cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto, parto, nascimento e cuidados com o recém-nascido. Diante disso, ressaltamos a necessidade de investimentos no processo de preparação das equipes de saúde para assistir frente a um novo modelo preconizado pela Rede Cegonha, no qual o protagonismo está centrado na mulher e sua família.

Com a finalização deste valioso projeto, temos a certeza do cumprimento dos objetivos propostos. O impacto das ações descritas neste livro mostra a magnitude das transformações em todo o território nacional. Essas valiosas(os) enfermeiras(os) mostram que, com pequenas modificações, muitas vezes implementadas com recursos próprios, é possível mudar a forma de parir e nascer e garantir o respeito, a dignidade, o protagonismo e a humanidade. A utilização de evidências científicas garante o melhor atendimento clínico e a segurança na prestação dos cuidados por parte das(os) enfermeiras(os) obstetras.

Considerando que ainda há muito por fazer, fica o convite a todos que de alguma forma participaram deste projeto, desde sua idealização até a implementação dos planos de ação nas maternidades, para dar **continuação a plantação de sementes**. Desta forma, as próximas gerações poderão desfrutar de um mundo mais amoroso e menos violento para nascer e viver. **Vamos lá?**

Carla Luzia França Araújo

Enfermeira Obstetra. Doutora em Saúde Coletiva. Professora Associada. EEAN/UFRJ



Agradecimientos

Registramos os agradecimentos a todos os que contribuíram para que a execução deste projeto fosse possível! Cada um de vocês provou ser um elemento valioso e indispensável nesta conquista alcançada.

Afinal, o sucesso de um projeto depende do empenho de cada um dos membros de uma equipe. E todos vocês demonstraram grande determinação e dedicação em cada momento do desenvolvimento de todas as etapas.

Sem sacrifício e trabalho duro, nada se consegue. O caminho pode ter sido difícil, às vezes até demais. Mas todos souberam manter o compromisso com a formação e principalmente com a mudança do modelo de parir e nascer em nosso país.

Hoje fica evidente o empenho em cada um nas funções necessárias para a viabilização do projeto. Agora desfrutamos do prazer de colher os frutos registrados nas páginas deste livro. Todos estão de parabéns e merecem um sincero agradecimento pelo empenho e dedicação. Agradecemos a todos que em algum momento foram jardineiros neste jardim!

UFRJ

Profa. Dra. Denise Fernandes Lopez Nascimento

Valquíria Siqueira Maciel

George Pereira da Gama Júnior

Ana Cristina Rito Nicolella

FUJB

Profa. Helena Ibiapina

Ane Vicente Pereira

João Olegário dos Santos Junior

Juliana Araújo Dias Cabral

Paulo Sergio Bernardo da Silva

Renata Cristina Brilhante Almeida

Coordenação Nacional de Saúde da Mulher Ministério da Saúde

Maria Esther de Albuquerque Vilela

Maria Eliane Liégio Matão

Euzi Adriana Bonifácio Rodrigues

Sara Delfino da Silva

Maria de Fatima Guimarães Vieira

SMS RJ

Sandra Regina de Oliveira

Carla Lopes Porto Brasil

Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda

Bruna Celia da Silva Lima

Calleo Augusto Santos dos Santos

Camila Tomaz da Silva

Carine Mota de Oliveira Santos

Daniele Mota da Silva

Danielle Rodrigues do Couto

Jemima de Souza Fortunato Queiroz Lopes

Maraísa Laboriê Prata de Almeida

Vivianne Mendes Araújo Silva

Hospital da Mulher Mariska Ribeiro

Anna Christina de Almeida Porreca

Bruna de Araújo

Bruna Lima Damasceno

Catiene Pereira Furtado de Barros

Jaci Santos Galo

Mariana Martins dos Santos

Marcella Cristina de Souza Pereira

Nathalia Kristina Gomes Mendes

Sirley Carvalho Rangel

Stephanea Marcelle Boaventura Soares

Casa de Parto David Capistrano Filho

Leila Gomes Ferreira de Azevedo

Inaiá de Santana Mattos

Natasha Faria Barros Guida

Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

Neide Aparecida Titonelli Alvim

Alma Papa

Maria Queiroz

Rose Cristina Ribeiro Paulino

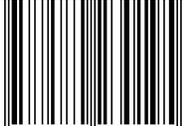
Anamaria de Souza Fagundes



“O que é que se encontra no início? O jardim ou o jardineiro? É o jardineiro. Havendo um jardineiro, mais cedo ou mais tarde, um jardim aparecerá. Mas, havendo um jardim sem jardineiro, mais cedo ou mais tarde ele desaparecerá. O que é um jardineiro? Uma pessoa cujos sonhos estão cheios de jardins. O que faz um jardim são os sonhos do jardineiro.”

Rubem Alves

ISBN 978-85-7023-019-5



9 788570 230195 >



Realização



Financiamento

