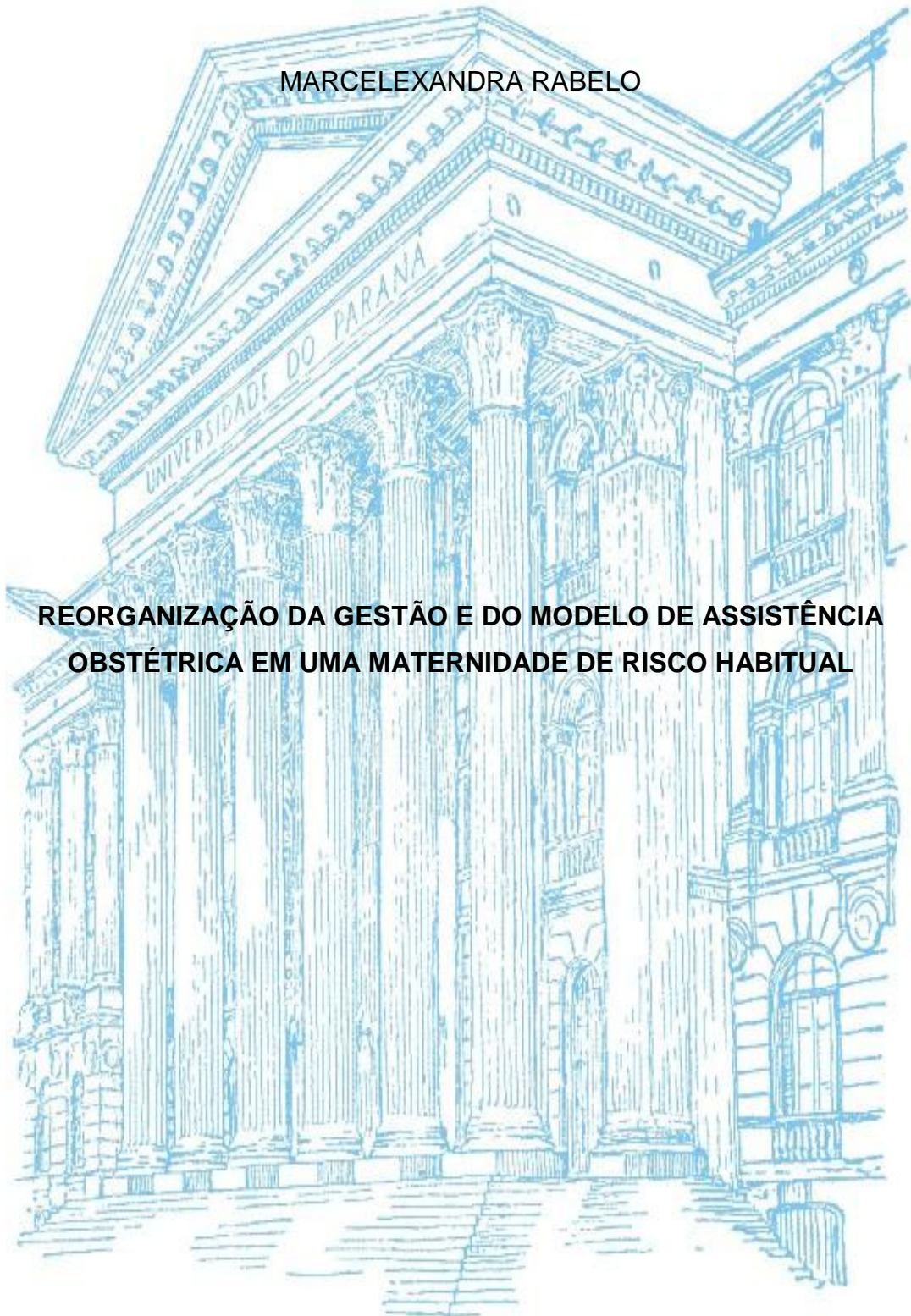


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARCELEXANDRA RABELO



**REORGANIZAÇÃO DA GESTÃO E DO MODELO DE ASSISTÊNCIA  
OBSTÉTRICA EM UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL**

CURITIBA

2015

MARCELEXANDRA RABELO

**REORGANIZAÇÃO DA GESTÃO E DO MODELO DE ASSISTÊNCIA  
OBSTÉTRICA EM UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito para obtenção do título de mestre. Área de concentração: Prática Profissional de Enfermagem. Linha de pesquisa: Gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lillian Daisy G. Wolff  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Helena de Souza Freire

CURITIBA

2015

Rabelo, Marcelexandra  
Reorganização da gestão e do modelo de assistência obstétrica e uma maternidade de risco habitual / Marcelexandra Rabelo – Curitiba, 2015.  
121f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Lilian Daisy G. Wolf  
Coorientadora: Professora Dra. Márcia Helena de Souza Freire  
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. 2015.

Inclui bibliografia

1. Políticas públicas de saúde da mulher. 2. Saúde materno-infantil. 3. Maternidades. 4. Gestão em saúde. I. Wolff, Lilian Daisy G. II. Freire, Márcia Helena de Souza. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 618.24

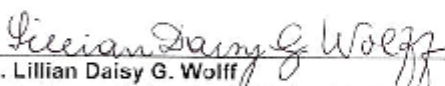
TERMO DE APROVAÇÃO


MARCELEXANDRA RABELO

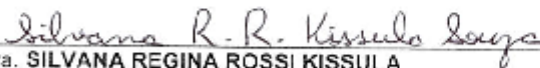
REORGANIZAÇÃO DA GESTÃO E DO MODELO DE ASSISTÊNCIA  
OBSTÉTRICA EM UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, Linha de Pesquisa **Gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientador(a):

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. **Lillian Daisy G. Wolff**  
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná – UFPR

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. **KLEYDE DE SOUZA VENTURA**  
Membro Titular: Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. **SILVANA REGINA ROSSI KISSULA**  
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR

Curitiba, 11 de dezembro de 2015.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela força, coragem e sustentação.

À minha querida orientadora, professora Dr.<sup>a</sup> Lillian Daisy Gonçalves Wolff, que me compreendeu nos momentos mais difíceis, com sua calma e sabedoria!

À minha coorientadora, professora Dr.<sup>a</sup> Márcia Helena de Souza Freire, pela disponibilidade e contribuições.

À Banca examinadora, professora Dr.<sup>a</sup> Kleyde de Souza Ventura, minha inspiração na área obstétrica, e à professora Dr.<sup>a</sup> Silvana R.R. Kissula, pela disponibilidade e incentivo.

Às minhas lindas e amadas filhas, Isabele e Gabriela, pela paciência, compreensão e amor, pois foram a minha sustentação e força, as quais me permitiram chegar até aqui.

Aos meus pais, pelo incentivo e amor incondicional.

Ao meu irmão, pelas palavras de apoio e parceria.

À minha amiga, enfermeira obstétrica Karin Godarth, pelo incentivo, parceria e, principalmente, por estar ao meu lado nos momentos mais difíceis.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, Professores e técnicos administrativos, pela oportunidade e auxílio na minha busca pelo aprimoramento científico.

À gestão da maternidade, por apoiar a pesquisa e a minha participação no mestrado.

Aos colegas de turma, por momentos de grande construção de conhecimento.

A TODOS que estiveram comigo nesta jornada, os meus mais sinceros agradecimentos!

## RESUMO

RABELO, M. **Reorganização da gestão e do modelo de assistência obstétrica em uma maternidade de risco habitual**. 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

Políticas Públicas brasileiras voltadas à Atenção a Saúde da Mulher têm priorizado o atendimento aos princípios da integralidade, equidade, universalidade e humanização do cuidado. No entanto, as elevadas taxas de mortalidade materna e infantil requerem implantação vigorosa de programas com vistas à concretização estes princípios nos serviços de saúde. A política vigente é a Rede Cegonha, com objetivo de melhorar a qualidade da assistência obstétrica, reduzir a morbimortalidade materna e infantil, e implantar rede de cuidados à mulher e à criança até dois anos. Integrando o Modelo Assistencial, têm-se as práticas baseadas em evidências científicas, recomendadas mundialmente. Esta pesquisa avaliativa, de abordagem quali-quantitativa, realizou-se em uma maternidade de risco habitual em uma capital do Sul do Brasil. O objetivo foi analisar as estratégias da gestão, aspectos facilitadores, dificultadores e resultados relativos à implantação da Rede Cegonha na maternidade. Ocorreu em duas etapas metodológicas no segundo semestre de 2015. Inicialmente, realizaram-se entrevistas com gestores da maternidade. Posteriormente, dados da assistência obstétrica relativos ao período de julho de 2014 a julho de 2015 foram coletados em documentos institucionais. Os dados qualitativos foram analisados com o método do Discurso do Sujeito Coletivo, com apoio do *software* Qualiquantisoft®. Os dados quantitativos foram analisados mediante análises de frequências. Foram constituídas cinco categorias de análise com a mesma força de compartilhamento (20%), evidenciando consenso entre prioridades e percepções dos gestores: Mudança de paradigma na assistência obstétrica; Estratégias da gestão para reorganização estrutural; Estratégias para a implantação do Modelo Assistencial; Dificuldades encontradas para implantação do Modelo Assistencial; e Resultados obtidos após a implantação da Rede Cegonha. Entre os 14 indicadores da assistência obstétrica analisados no período de julho de 2014 a julho de 2015, destacam-se 178 nascimentos mensais, em média; e taxa média mensal de 26% de cesarianas, considerando um total de 2320 nascimentos.

Entre os 1709 partos normais, 59% foram atendidos por enfermeiras obstétricas; em 88% o acompanhante esteve presente em algum momento; e em 87% as parturientes deambularam durante o trabalho de parto. A amniotomia foi realizada, em média, em 20% dos partos normais, a manobra de Kristeller em 5%, a analgesia em 1%, a episiotomia em 15%, a utilização de ocitocina em 38%, o clampeamento precoce do cordão umbilical em 33%, e 32% das parturientes permaneceram em jejum. Em uma amostra de 929 partos normais ocorridos entre janeiro a julho de 2015, 85,6% das parturientes utilizaram ao menos uma prática de relaxamento; a posição mais utilizadas pelas parturientes durante o parto foi a semi-sentada (60%), e a posição litotômica correspondeu a 13% das posições. As estratégias da gestão para a reorganização da estrutura organizacional ocorreram de forma pro-ativa, sendo fundamentais ao processo de mudança necessária à implantação do Modelo Assistencial da Rede Cegonha. Houve valorização dos profissionais, incentivo às práticas de educação em saúde, à atuação da equipe multiprofissional no atendimento ao parto normal, redimensionamento de pessoal e a inserção de enfermeiras obstétricas no quadro funcional, com autonomia na assistência obstétrica. O Modelo Assistencial foi direcionado à realização de práticas baseadas em evidências científicas, à humanização e protagonismo da mulher no processo de nascimento.

**Palavras-chave:** Políticas Públicas de Saúde da mulher. Saúde Materno-infantil. Maternidades. Gestão em saúde.

## ABSTRACT

RABELO, M. **Reorganization of management and obstetric care model in a usual risk maternity.** 121f. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

Brazilian public policies for the Women's Health Care have prioritized compliance with the principles of integrity, fairness, universality and humanization of care. However, high maternal and infant mortality rates require vigorous implementation of programs in order to implement these principles in health services. The current policy is the Rede Cegonha, which aims to improve the quality of obstetric care to reduce maternal and child morbidity and mortality, and deploy a network care to women and children up to two years. Practices based on scientific evidence recommended worldwide that integrate this Care Model. This evaluative research, with qualitative and quantitative approach, was carried out in a usual risk maternity in a capital in southern Brazil. The aim was to analyze the strategies of management, facilitating and difficulting aspects, and results for the deployment of Rede Cegonha. Two methodological stages was developed the second semester of 2015. Initially, interviews were conducted with managers of motherhood. Subsequently, data of obstetric care for the period of July 2014 to July 2015 were collected in institutional documents. Qualitative data were analyzed by the method of Collective Subject Discourse with the support of Qualiquantisoft® software. Quantitative data were analyzed using frequency analysis. Five categories of analysis with the same share of sharing power (20%), showing consensus among priorities and perceptions of managers: Paradigm shift in obstetric care; Management strategies for structural reorganization; Strategies for implementation of the Care Model; Difficulties encountered in the implementation of the Care Model; and results obtained after the implementation of Rede Cegonha. Among the 14 obstetric indicators analysed from July 2014 to July 2015, there was 178 births per month on average, average monthly fee of 26% of cesareans considering a total of 2320 births. Among the 1709 normal deliveries, 59% were attended by midwives; in 88% of them, the woman's companion was present at some point and 87% of them were present during labor. Amniotomy was performed on average, in 20% of normal deliveries, the Kristeller maneuver in 5%, analgesia in 1%, episiotomy in 15%, the use of oxytocin in 38%, early clamping

of the umbilical cord occurred in 33%, and 32% of pregnant women was fasted. In a sample of 929 normal births assisted between January and July 2015, 85.6% of pregnant women used at least one relaxation practice; the most position used by pregnant women at birth was semi-sitting (60%) and the lithotomy position corresponded to 13% of positions. The management's strategies of reorganization of the organizational structure occurred in a pro-actively way, being fundamental to the change process required for the implementation of the Rede Cegonha Care Model. There was appreciation of professionals, health education practices were encouraged, multidisciplinary effort in the normal birth care, dimensioning of the staff, and the inclusion of obstetric nurses in the workforce, with autonomy in obstetric care. The Care Model was directed to carry out practices based on scientific evidence, to the achievement of humanization of care, prioritizing women's role in the birth process.

**Keywords:** Public Health Policies woman. Maternal and Child Health. Maternities. Health management.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 -	DISTRIBUIÇÃO DA FORÇA DE COMPARTILHAMENTO SEGUNDO AS CATEGORIAS DOS DISCURSOS-SÍNTESE ORIGINADAS DO QUALIQUANTISOFT®, CURITIBA, 2015 .....	48
GRÁFICO 1 -	TOTAL DE NASCIMENTOS ATENDIDOS MENSALMENTE NO CMCBN – CURITIBA-PR – JUL./2014 A JUL./2015 (n=2320) .....	61
GRÁFICO 2 -	TAXAS MENSAS DE PARTO NORMAL E CESÁREAS NO CMCBN – CURITIBA-PR – JUL./2014 A JUL./2015 (n=2320)....	61
GRÁFICO 3 -	TAXAS DE ATENDIMENTO AO PARTO NORMAL POR CATEGORIA PROFISSIONAL NO CMCBN – CURITIBA-PR – JUL./2014 A JUL./2015 (n=1709).....	62
GRÁFICO 4 -	TAXAS DE ACOMPANHANTES DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO NORMAL, CMCBN – CURITIBA-PR – JUL./2014 A JUL./2015 (n=1709).....	63
GRÁFICO 5 -	TAXAS DE MULHERES QUE DEAMBULARAM DURANTE O TRABALHO DE PARTO, CMCBN – CURITIBA-PR – JUL./2014 A JUL./2015 (n=1709).....	65
GRÁFICO 6 -	TAXAS DE RECÉM-NASCIDOS DE PARTO NORMAL, SUBMETIDOS AO CONTATO PELE A PELE IMEDIATAMENTE APÓS O NASCIMENTO, CMCBN – CURITIBA-PR – JUL./2014 A JUL./2015 (n=1709).....	66
GRÁFICO 7 -	TAXA DE MULHERES SUBMETIDAS À AMNIOTOMIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO, CMCBN – CURITIBA-PR – JUL./2014 A JUL./2015 (n=1709).....	68
GRÁFICO 8 -	TAXAS DE PARTURIENTES SUBMETIDAS A MANOBRA DE KRISTELLER, CMCBN – CURITIBA-PR – JUL./2014 A JUL./2015 (n=1709) .....	68
GRÁFICO 9 -	TAXAS MENSAS DE RECÉM-NASCIDOS QUE TIVERAM O CLAMPEAMENTO PRECOCE DO CORDÃO UMBILICAL, CMCBN – CURITIBA-PR – JUL./2014 A JUL./2015 (n=1709)....	69
GRÁFICO 10 -	TAXAS MENSAS DE PARTURIENTES QUE PERMANECERAM EM JEJUM DURANTE O TRABALHO	

DE PARTO E PARTO, CMCBN – CURITIBA-PR – JUL./2014 A JUL./2015 (n=1709).....	70
GRÁFICO 11 - TAXAS DE PARTURIENTES SUBMETIDAS A ANALGESIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO, CMCBN – CURITIBA-PR – JUL./2014 A JUL./2015 (n=1709).....	71
GRÁFICO 12 - TAXA DE PARTURIENTES QUE RECEBERAM OCITOCINA DURANTE O INTERNAMENTO, CMCBN – CURITIBA-PR – JUL./2014 A JUL./2015 (n=1709).....	71
GRÁFICO 13 - TAXAS MENSAS DE PARTURIENTES QUE FORAM ENCAMINHADAS PARA A SALA DE PARTO NO PERÍODO EXPULSIVO, CMCBN – CURITIBA-PR – JUL./2014 A JUL./2015 (n=1709) .....	72
GRÁFICO 14 - TAXAS MENSAS DE PARTURIENTES SUBMETIDAS À EPISIOTOMIA, CMCBN – CURITIBA-PR – JUL./2014 A JUL./2015 (n=1709) .....	73

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - SÍNTESE DA ESTRATÉGIA DA REDE CEGONHA (BRASIL, 2011c).....	27
QUADRO 2 - MODELOS DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA.....	30
QUADRO 3 - PRÁTICAS QUE SÃO DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS - CATEGORIA A .....	33
QUADRO 4 - PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS - CATEGORIAS B.....	34
QUADRO 5 - PRÁTICAS EM RELAÇÃO ÀS QUAIS NÃO EXISTEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO CLARA E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA ATÉ QUE MAIS PESQUISAS ESCLAREÇAM A QUESTÃO - CATEGORIA C.....	34
QUADRO 6 - PRÁTICAS FREQUENTEMENTE UTILIZADAS DE MODO INADEQUADO- CATEGORIAS D.....	35
QUADRO 7 - INDICADORES DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA, CMCBN, CURITIBA-PR, 2014 .....	43
QUADRO 8 - SÍNTESE DO MÉTODO DA PESQUISA .....	45
QUADRO 9 - PORTARIAS QUE REGULAMENTAM A ASSISTÊNCIA NA INSTITUIÇÃO E RESPECTIVAS EMENTAS, CMCBN, 2015.....	59
QUADRO 10 - PRÁTICAS RECOMENDADS PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E REDE CEGONHA, CATEGORIA A.....	63
QUADRO 11 - PRÁTICAS RECOMENDADS PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E REDE CEGONHA, CATEGORIA B.....	67
QUADRO 12 - PRÁTICAS RECOMENDADS PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E REDE CEGONHA, CATEGORIA C.....	67
QUADRO 13 - PRÁTICAS RECOMENDADS PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E REDE CEGONHA, CATEGORIA D.....	69

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACOG	- <i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
AIDS	- <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome/Síndrome da imunodeficiência adquirida</i> - SIDA
ASA	- <i>American Society of Anesthesiologists</i>
CMCBN	- Centro Médico Comunitário Bairro Novo
EAD	- Educação a Distância
FEAES	- Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba
FEBRASGO	- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
HC/UFPR	- Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
IHAC	- Iniciativa do Hospital Amigo da Criança
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	- Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	- Programa de Humanização do Parto e Nascimento
PNAISM	- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PUC-PR	- Pontifícia Universidade Católica do Paraná
RC	- Rede Cegonha
RDC	- Resolução da Diretoria Colegiada
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCI	- Unidade de Cuidados intermediários
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva
WHO	- <i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
1.1	OBJETIVOS .....	18
1.1.1	Objetivo geral .....	18
1.1.2	Objetivos específicos.....	18
1.2	JUSTIFICATIVA.....	18
1.3	A MOTIVAÇÃO DA AUTORA PELA PESQUISA.....	20
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	22
2.1	EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS DE SAÚDE DA MULHER .....	22
2.2.1	Estratégia Rede Cegonha .....	26
2.3	MODELOS DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA NO BRASIL.....	29
2.3.1	Modelos de assistência ao parto .....	30
2.3.2	Boas práticas de assistência ao parto e nascimento .....	31
2.3.3	Atuação da enfermeira obstétrica na assistência ao parto e nascimento ....	36
2.4	O PAPEL DA GESTÃO DA MATERNIDADE NA IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA.....	38
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	41
3.1	TIPO DE ESTUDO .....	41
3.2	LOCAL DA PESQUISA.....	42
3.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	42
3.4	PARTICIPANTES .....	42
3.5	COLETA DE DADOS.....	43
3.6	TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	44
3.6.1	Análise quali-quantitativa.....	44
3.6.2	Análise quantitativa.....	45
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	47
4.1	O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DOS GESTORES.....	47
4.1.2	Discursos-síntese do Sujeito Coletivo .....	48
4.2	INDICADORES DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA .....	58
4.2.1	Indicadores do contrato de gestão.....	58
4.2.2	Indicadores específicos da assistência obstétrica .....	60

<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	74
5.1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO: OS DISCURSOS-SÍNTESE .....	74
5.1.1	Dificuldades encontradas para implantação do modelo assistencial da Rede Cegonha.....	74
5.1.2	Mudança de paradigma .....	78
5.1.3	Estratégias da gestão para reorganização estrutural .....	79
5.1.4	Estratégias para a implantação do Modelo Assistencial da Rede Cegonha .....	82
5.1.5	Resultados obtidos após a implantação da Rede Cegonha na maternidade.....	85
5.2	INDICADORES DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA .....	86
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	104
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	107
	<b>APÊNDICES</b> .....	113
	<b>ANEXOS</b> .....	118

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde da mulher é um tema que tem sido pautado há anos nas políticas públicas de saúde brasileiras, desenhada de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), universalidade, integralidade e equidade.

São evidentes os esforços do governo para melhorar a saúde da mulher, como a criação de políticas e programas. Como exemplo, na década de 80, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), e em 2004 foi criada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), com o objetivo de melhorar a saúde deste segmento populacional com ênfase na integralidade humana, contemplando as diversas fases da vida. (BRASIL, 2011a).

A elevada taxa de mortalidade materna e infantil sempre foi foco de atenção dentro das políticas públicas de saúde. Lançado em 2000, o Programa Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) tinha como objetivo melhorar a qualidade da atenção obstétrica e diminuir as mortes maternas e infantis por causas evitáveis. Voltado especificamente à gestante, ao recém-nascido e à puérpera, este programa estabeleceu protocolos mínimos de orientações quanto ao fluxo de atendimento às gestantes, ao acesso, assistência de qualidade e cobertura do pré-natal, parto e puerpério. Visou também à ampliação da rede de assistência ao pré-natal de risco à capacitação profissional e à humanização da assistência. (BRASIL, 2002).

Muitos avanços foram conquistados, porém o Ministério da Saúde (MS) entendeu que ainda em 2011, a atenção à Saúde da Mulher estava fragmentada e pouco resolutiva, ocorria grandes números de gestações indesejadas, dificuldades de acesso da mulher ao pré-natal de qualidade, as práticas de parto e nascimento estavam inadequadas e sem evidências científicas, havia dificuldades na vinculação da mulher a uma maternidade de referência para o parto, altos índices de cesarianas e de abortos inseguros. (BRASIL, 2011b).

Diante disso, o Ministério da Saúde lançou em 2011 a estratégia da Rede Cegonha-RC, com o objetivo de implementar uma rede de cuidados para garantir à mulher, seus direitos de planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como o nascimento seguro, com crescimento e desenvolvimento saudáveis à criança até 2 anos. É estruturada em quatro componentes: I - Pré-Natal; II - Parto e Nascimento; III - Puerpério e Atenção Integral

à Saúde da Criança e IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. (BRASIL, 2011c).

O modelo assistencial proposto pela Rede Cegonha tem como filosofia a atenção humanizada, segura e de qualidade, em busca da positividade da experiência da gravidez, do parto e do nascimento para a mulher e o recém-nascido, cercados de respeito, dignidade e beleza, ressaltando que essas experiências fazem parte do processo fisiológico e natural da mulher.

Para que aconteça a mudança na atenção obstétrica de forma efetiva, faz-se necessária uma mudança de paradigma, associada a cooperação e o trabalho interfederativo de gestores, profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com práticas baseadas em evidências científicas, organização dos serviços de saúde em rede, gestão participativa e assistência obstétrica desmedicalizada. (BRASIL, 2014a).

Um dos principais objetivos da Rede Cegonha, além de melhorar a qualidade da assistência obstétrica é reduzir a morbimortalidade materna e infantil – indicadores do desenvolvimento de um país, que expressam a qualidade da saúde pública. Destaca-se que as principais causas dessas mortes são conhecidas e mais da metade poderiam ser prevenidas ou evitadas. (SZWARCOWALD et al., 2014).

Embora tenha ocorrido uma relevante redução das mortes maternas no período de 1990-2010 no Brasil, a razão de Mortalidade Materna no país permaneceu alta em 2010, cerca de 68 mortes por 100.000 nascidos vivos. O aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é de até 20 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos. Entre as causas obstétricas diretas de mortalidade materna, está a hipertensão, seguida de hemorragias, infecção puerperal e aborto. Classificadas como causas indiretas estão às doenças do aparelho circulatório. (BRASIL, 2012a).

No primeiro ano de implantação da Rede Cegonha, em 2011, houve uma queda significativa do número de mortes maternas (21%), em comparação ao mesmo período de 2010. Apesar do investimento financeiro da Rede Cegonha para qualificação da assistência obstétrica, a mudança de modelo assistencial ainda é um grande desafio no Brasil. (BRASIL, 2012b).

Nesta perspectiva, a Rede Cegonha, reforça o uso de boas práticas de atenção ao parto e nascimento, recomendadas pela OMS em 1996, baseadas em evidências científicas para a condução do parto normal, que são categorizadas como

úteis, prejudiciais e sem evidências a serem utilizadas, reafirmando o parto como um evento natural que demanda cuidados. (BRASIL, 2014a).

Para o processo de parturição, o Ministério da Saúde incentiva a atuação da enfermeira obstétrica e obstetrites na assistência ao parto e nascimento, regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2015), incluindo o cuidado ao parto normal, sem distócia. Tais profissionais são reconhecidos ainda, como capazes de desenvolver uma relação de escuta e confiança com a gestante, possibilitando orientações claras e precisas, favorecendo o empoderamento e autonomia da mulher no seu trabalho de parto e parto, levando-a à adoção de uma postura ativa, como protagonista de sua própria experiência de vida. (SANTOS; CAÍRES, 2014).

Para que a assistência obstétrica seja efetiva, resolutiva e de qualidade, faz-se necessária a Estratificação de Risco das gestantes, facilitando a organização da atenção Primária, Secundária e Terciária. A Estratificação de Risco define a vinculação da gestante e se apresenta em três níveis. **Risco Habitual**, caracterizado por gestantes que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doenças; **Risco Intermediário**: gestantes que apresentam fatores de riscos relacionados às características individuais como raça, etnia e idade, sociodemográficas e de história reprodutiva anterior; **Alto Risco**: gestantes que apresentam patologias pré-existentes como: hipertensão, Diabetes, dependência químicas, entre outras, ou intercorrências clínicas durante a gestação. (PARANÁ, 2012).

Em Curitiba, há três maternidades que atendem gestantes de risco habitual, em decorrência da adoção da tipologia hospitalar para atendimento aos riscos gestacionais. Estas maternidades destacam-se pela realização do maior número de partos normais no município. Entre elas, o Centro Médico Comunitário Bairro Novo (CMCBN), conhecido como Maternidade Bairro Novo, a qual foi escolhida para unidade de análise desta pesquisa, uma vez que aderiu à Rede Cegonha no ano de 2013.

No final do mesmo ano, a maternidade sob estudo, inseriu à equipe de saúde cinco enfermeiras obstétricas, por meio de um cargo público específico, para que estas profissionais atuassem diretamente na assistência ao parto e nascimento. Também iniciou o monitoramento de alguns indicadores dos resultados da assistência obstétrica, incluindo os referentes às boas práticas de parto e nascimento.

Na perspectiva de avaliar a implantação da Rede Cegonha e conhecer as estratégias utilizadas pela gestão a partir de um novo modelo assistencial, objetivou-se desenvolver uma pesquisa para viabilizar um diagnóstico da implantação da RC e explicitar as facilidades e dificuldades encontradas; as estratégias utilizadas pela gestão e os resultados obtidos, de modo a fornecer subsídios para o planejamento institucional em busca de melhoria contínua.

Consequentemente, o problema de pesquisa foi enunciado na seguinte questão:

- *Quais foram as estratégias da gestão, os aspectos facilitadores e dificultadores, bem como os resultados relativos à implantação da Rede Cegonha em uma maternidade pública de risco habitual?*

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo geral

Analisar as estratégias da gestão, aspectos facilitadores, dificultadores e resultados relativos à implantação da Rede Cegonha em uma maternidade pública de risco habitual.

### 1.1.2 Objetivos específicos

- Descrever as estratégias para implantação das diretrizes da Rede Cegonha na maternidade sob a perspectiva do gestor.
- Apresentar os indicadores relativos à assistência obstétrica da maternidade após a implantação da Rede Cegonha.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

Este estudo é inovador e relevante, pois seus resultados fornecem informações à gestão da maternidade como diagnóstico das atividades administrativas e assistenciais realizadas e dos resultados obtidos na implantação da Rede Cegonha, bem como aponta possibilidades a serem trabalhadas em um ciclo de melhoria no serviço. As dificuldades e as estratégias identificadas poderão servir de modelo para os

demais serviços de atenção obstétrica que tenham como objetivo implantar a Rede Cegonha.

### 1.3 A MOTIVAÇÃO DA AUTORA PELA PESQUISA

Em seus oito anos de atuação como enfermeira na área da saúde da mulher, a autora percebeu avanços e desafios, os quais a motivaram ao desenvolvimento desta pesquisa.

Em sua atuação profissional, desde 2007, notou que os sistemas e serviços de saúde têm procurado modificar os seus processos de trabalho, de modo a se adequarem às políticas públicas de saúde. Aos poucos, tem notado que o papel do enfermeiro está mais definido e com maior autonomia profissional.

Graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), inicialmente trabalhou em um serviço de *Home Care*, com enfoque no aleitamento materno domiciliar. Nessa ocasião, iniciou também sua carreira docente, ministrando a Disciplina de Saúde da Mulher para o Curso de Técnico de Enfermagem, pelo período de quatro anos. Em concomitância, atuou em uma maternidade pública, desenvolvendo atividades em neonatologia, alojamento conjunto e centro obstétrico.

Essas experiências foram fonte de motivação para se desenvolver profissionalmente como uma enfermeira especialista nesta área, aprofundando conhecimentos e habilidades específicas. Consequentemente, em 2010, concluiu a Especialização em Obstetrícia na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR).

Em 2011, ingressou na Universidade Federal do Paraná (UFPR) como professora substituta, com contrato por tempo determinado de dois anos, ministrando as disciplinas de Saúde da Mulher e Estágio Supervisionado I. Além destas atividades, a autora foi vice-coordenadora de um Projeto de Extensão intitulado "Preparo para o parto acompanhado", que durou cinco anos.

A autora também foi Tutora da Residência Multiprofissional, do Programa de Enfermagem em Saúde da Mulher, no Hospital de Clínicas da UFPR - HC/UFPR. Concomitante a esta atividade, atuou como professora especialista convidada no curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da PUC-PR.

Desde agosto de 2013, a autora trabalha em uma maternidade de risco habitual, na capital do estado do Paraná, na qual foi convidada, inicialmente, a contribuir com a elaboração e capacitação de protocolos assistenciais. Atualmente exerce a liderança das equipes do Centro Obstétrico e Central de Materiais da maternidade referida. Participa da Residência em Enfermagem Obstétrica da Fundação Estatal de

Atenção Especializada em Saúde (FEAES), desde a sua organização, e continua como tutora.

Portanto, o Mestrado que realiza na UFPR concretiza o seu plano de desenvolvimento profissional, para a qualificação de sua atuação na Saúde da Mulher, bem como na formação e educação permanente de profissionais desta área.

Esta pesquisa foi motivada com o propósito de contribuir com a concretização dos princípios filosóficos da atenção obstétrica na maternidade, por acreditar em uma assistência humanizada e respeitosa, em que a satisfação e o bem estar da mulher é o real motivo para vislumbrar a mudança.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesse capítulo são contemplados três temas a fim de contextualizar o objetivo proposto pela presente pesquisa, a saber: Evolução das políticas públicas brasileiras de saúde da mulher com ênfase na Rede Cegonha; Modelo de atenção obstétrica no Brasil, destacando-se as Boas práticas de atendimento ao parto e nascimento e a atuação da enfermeira obstétrica na assistência ao parto e nascimento; e O papel da gestão da maternidade na implantação da Rede Cegonha.

### 2.1 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS DE SAÚDE DA MULHER

Na década de 1930, os programas de saúde materno-infantil contemplavam a saúde da mulher a partir de uma visão reducionista e limitada ao seu papel social de cuidadora da família e no papel de gestar e parir, com ações de proteção voltadas a grupos de riscos e vulnerabilidade, como gestantes e crianças, porém era evidente a verticalização e a falta de integração das ações desses programas com os demais programas de atenção à saúde, uma vez que não contemplavam a mulher no período não gravídico. (BRASIL, 2011a).

No final da década de 70, a partir de movimentos feministas, foram incluídas na pauta das políticas nacionais questões como sexualidade, reprodução, anticoncepção, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, desigualdade profissional e sobrecarga de trabalho, com propostas de mudanças nos processos políticos e sociais, enfatizando a mulher como um sujeito de direitos em sua integralidade, com necessidades, particularidades, condições sociais, econômicas, culturais e afetivas. (BRASIL, 2011a).

Diante da necessidade de contemplar a saúde da mulher em sua integralidade, o Ministério da Saúde em 1984 elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com forte influência em seu modelo de assistência baseado nos princípios da equidade e integralidade, refletindo em mudanças e melhorias dos indicadores epidemiológicos da saúde da mulher, contemplando ações para o planejamento reprodutivo, DST/HIV/AIDS, atenção ginecológica, atenção obstétrica, atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência. (BRASIL, 2011a).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento-PHPN, instituído pelo MS em 2000, teve como objetivo primordial assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania, bem como reduzir as taxas de morbimortalidade materna e neonatal, mediante investimentos financeiros nas unidades hospitalares, investindo em ações como a maternidade segura, capacitação de parteiras tradicionais e profissionais diretamente ligados à assistência obstétrica. (BRASIL, 2002).

O PHPN é fundamentado nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é a primeira condição para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério, em que o respeito e a dignidade da mulher, recém-nascidos e familiares devem prevalecer, por meio de atitudes éticas e solidárias por parte dos profissionais de saúde, ambiente acolhedor e que integre a mulher no processo de atendimento e de decisões, bem como a utilização de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, diminuindo assim maiores riscos para a mulher e recém-nascido. (BRASIL, 2002).

A execução do PHPN se dá de forma articulada pelo Ministério da Saúde com as secretarias de saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal e integra três componentes, inclusive com incentivos financeiros.

**O Componente I: Incentivo à Assistência Pré-natal:** tem o Sisprenatal como forma de adesão ao programa pré-natal; no parto, há o lançamento da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) pelas unidades hospitalares integradas do programa.

**O Componente II: Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal** busca o desenvolvimento de condições técnicas e operacionais para a organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal, mediante a estruturação de Centrais de Regulação e de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares; e ainda, financiamento a hospitais públicos e filantrópicos, integrantes do Sistema Único de Saúde.

**O Componente III: Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto** tem como objetivo a melhoria do custeio da assistência ao parto nos hospitais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares (SIH). (BRASIL, 2002).

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser direito de todos de forma universal e gratuita e foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante deste cenário, o PAISM passou a sofrer influência pelas diretrizes do SUS a partir da década de 90, pelas características de municipalização e reorganização da atenção básica e estratégias de Saúde da Família. (BRASIL, 2011a).

Com o objetivo de ampliar as responsabilidades dos municípios na atenção básica e o processo de regionalização da assistência, o MS editou em 2001 a Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS). Na saúde da mulher, a NOAS estabelece ações mínimas de pré-natal, puerpério, planejamento familiar, câncer ginecológico, entre outras ações. (BRASIL, 2011a).

Em 2004, o MS elabora a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), consolidando os avanços da PAISM, com o objetivo de promover a melhoria das condições de vida e da saúde das mulheres, com garantia de seus direitos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, redução da morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, com ênfase nos direitos sexuais e reprodutivos, combate à violência doméstica e sexual e prevenção da AIDS e tratamento de doenças crônicas. (BRASIL, 2011a).

Importante ressaltar que também em 2004, o Ministério da Saúde propôs a adoção do pacto nacional pela redução da morte materna e neonatal, entendendo que esta temática é um problema social e político, elaborando ações estratégicas para a redução da mortalidade materna e neonatal. (BRASIL, 2004).

As ações pactuadas foram: parcerias e corresponsabilidades com diferentes instituições; efetivação de pactos estaduais e municipais; controle social; direito ao acompanhante e ao alojamento conjunto; garantia de acolhimento nos serviços; atenção humanizada ao abortamento; saúde da mulher trabalhadora; saúde das mulheres negras e índias e recém-nascidos negros e indígenas, redirecionamento de recursos para projetos; expansão da atenção básica; oferta de exames laboratoriais no pré-natal; implementação de ações de concepção e contracepção; vigilância ao óbito materno e infantil; redução da transmissão vertical do HIV/AIDS e sífilis congênita; organização do acesso; adequação da oferta de serviços; qualificação das urgências/emergências; rede hospitalar e centros de parto normal; gestão humanizada; investimentos na rede hospitalar e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; priorização no custeio dos serviços; requalificar hospitais amigos da criança; reavaliar rede de hospitais de referência para gravidez de risco; desenvolvimento de ações de

suporte social; qualificação e humanização da atenção ao parto e nascimento e capacitação. (BRASIL, 2004).

Em nível estadual e municipal, a atenção obstétrica no Paraná/Curitiba foi contemplada com várias estratégias importantes, desde o ano de 1999, com a implantação do programa 'Mãe Curitibana' e em 2012 do programa 'Mãe Paranaense', criados com o objetivo de direcionar e promover a qualidade da assistência.

O programa Mãe Curitibana, da Prefeitura Municipal de Curitiba, criado em desde 1999, tem como objetivo humanizar o atendimento, melhorar a qualidade do pré-natal, a garantia de acesso ao parto e nascimento, de acordo com a complexidade, consulta puerperal precoce, incentivo ao aleitamento materno, bem como organizar o fluxo de referência e contra referência entre os serviços do município. Seus componentes são pré-natal, parto e puerpério, saúde infantil e planejamento familiar. (CURITIBA, 2014).

Desde 2012, a Rede Mãe Paranaense desenvolve ações como, Captação precoce da gestante, acompanhamento no pré-natal, com no mínimo sete consultas, realização de 17 exames, estratificação de risco das gestantes e das crianças, atendimento em ambulatório especializado, vinculação da gestante à maternidade de referência. (PARANÁ, 2012).

A Rede Mãe Paranaense trabalha com cinco componentes. O componente I refere-se à qualidade, à resolutividade na atenção primária, com ações do pré-natal e puerpério, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida O componente II, relativo ao acompanhamento das gestantes e crianças de risco em ambulatórios especializados, na atenção secundária. O componente III inclui ampliação de leitos de UTI Adulto e Neonatal e viabilização das gestantes conforme estratificação de risco. O Componente IV contempla sistemas logísticos, como transporte e regulação, e Componente V inclui o sistema de governança da rede, por meio de comissão intergestores. (PARANÁ, 2012).

Ainda que tenham ocorridos avanços na atenção ao parto e ao nascimento, a redução da morbimortalidade materna e infantil permanece um desafio, pois a qualidade dessa atenção ainda não é satisfatória. A rede de serviços de apoio diagnóstico para a realização dos exames recomendados durante a gravidez nem sempre contempla a necessidade dos municípios e ainda utiliza práticas que não estão baseadas em evidências científicas para a assistência ao parto. (BRASIL, 2011b).

Embora se observe que ocorreu uma evolução nas políticas de saúde da mulher, em todos os níveis, ainda existe fatores que dificultam o processo de cuidado, como a fragmentação das ações e dos serviços de saúde, incipiente organização dos serviços de saúde para operar na lógica de rede de cuidados progressivos, alocação dos recursos públicos com foco na produção de ações de saúde e as práticas de atenção e gestão conservadoras, pouco participativas e marcadas por intensa medicalização e por intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas, sem respaldo em evidências científicas. (BRASIL, 2011b).

Diante deste cenário obstétrico, fazem-se necessárias mudanças de paradigmas e culturais acerca do parto e nascimento, bem como melhorar a qualidade da assistência. Percebendo, isso o Ministério da Saúde lançou em 2011 a Rede Cegonha.

### 2.2.1 Estratégia Rede Cegonha

A portaria GM/MS de n.º 1.459 de junho de 2011 do MS instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha, caracterizada por: "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 ao desenvolvimento saudáveis" (BRASIL, 2011c).

A Rede Cegonha prevê a continuidade das ações de atenção à saúde materna e infantil articuladas com outras estratégias de atenção à saúde, com implantação gradativa em todos os municípios brasileiros. O QUADRO 1 apresenta uma síntese da estratégia da Rede Cegonha.

QUADRO 1 - SÍNTESE DA ESTRATÉGIA DA REDE CEGONHA (BRASIL, 2011c)

OBJETIVOS	PRINCÍPIOS	DIRETRIZES	COMPONENTES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à criança;</li> <li>- Reduzir a mortalidade materna e infantil;</li> <li>- Enfatizar a atenção ao parto e nascimento, o crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;</li> <li>- Organizar mediante uma rede de atenção, com garantia de acesso, acolhimento e resolutividade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proteção;</li> <li>- Respeito aos direitos humanos;</li> <li>- Respeito à diversidade cultural, étnica e racial;</li> <li>- Promoção da equidade;</li> <li>- Enfoque de gênero;</li> <li>- Garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos,</li> <li>- Participação e a mobilização social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;</li> <li>- Ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;</li> <li>- Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;</li> <li>- <b>Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;</b></li> <li>- Garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade;</li> <li>- Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I - Pré-Natal</li> <li>II - Parto e Nascimento</li> <li>III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança</li> <li>IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação</li> </ul>

FONTE: O autor (2015)

No componente **PRÉ-NATAL**, a RC prevê a iniciação precoce e qualificada do pré-natal, com avaliação, classificação de risco e vulnerabilidade previamente identificadas, garantindo o acesso ao pré-natal de alto de risco; vinculação da gestante à maternidade no início do pré natal; bem como implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva (BRASIL, 2011b).

Para o componente **PARTO E NASCIMENTO**, a RC preconiza garantia de leitos obstétricos e neonatais em Unidades de Terapias Intensiva- UTI, Unidades de Cuidados Intermediários (UCI) e Unidades Canguru; bem como a ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n.º 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Preconiza também um novo modelo de assistência obstétrica, voltado às Boas práticas de atenção ao parto e nascimento, baseadas em evidências científicas e o acolhimento com classificação de risco obstétrico, baseado na escuta qualificada. (BRASIL, 2011b).

Para um atendimento contínuo e com confiança, faz-se necessário a formação de vínculo entre o profissional e a mulher, neste caso a RC prevê a formação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; onde neste caso o cuidado é feito diariamente pela mesma equipe.

Outro componente em destaque é o **PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA**: pautado na promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável. Prevê o acompanhamento das puérperas e das crianças pelas Unidades Básicas de Saúde, incluindo a visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento, e busca ativa de crianças vulneráveis. (BRASIL, 2011b).

No quarto componente: **SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO**: prevê o acesso ao transporte seguro com ambulâncias de suporte avançado, equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais; por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Cegonha, em situações de urgência para as gestantes, puérperas e recém-nascidos de alto risco. (BRASIL, 2011b).

A Rede Cegonha também instituiu o Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, composto pela Secretaria Estadual de Saúde, Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde (MS), este grupo condutor tem como atribuições: mobilização dos dirigentes políticos do SUS em cada fase; apoio às organização nos processos de trabalho voltados a implantação/ implementação da rede; identificação e apoio à solução de possíveis pontos críticos em cada fase; monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede. (BRASIL, 2011b).

Como projeto prioritário, os Fóruns Perinatais integraram a Rede Cegonha, com o objetivo de envolver e mobilizar os compromisso entre trabalhadores, gestores e sociedade, no apoio à implementação das Boas práticas de atenção obstétrica para o alcance de resultados efetivos. Este espaço permite questionamentos, debates, conflitos e consensos, o que leva a uma maior compreensão dos processos, deliberações e de pactuações. (BRASIL, 2014a).

### 2.3 MODELOS DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA NO BRASIL

A taxa de cesariana é um indicador de avaliação do modelo de atenção ao parto. O aceitável pela OMS é de até 15% de cesarianas entre o número de nascimentos. No Brasil, o alto índice de cesáreas está relacionado a fatores socioeconômicos e culturais, moldado pela conduta intervencionista e a crença de que a qualidade do atendimento obstétrico está associada à tecnologia dura utilizada na cesariana. Nesta lógica, concebe-se a saúde como um problema e as gestações são potencialmente patológicas, pois a mulher foi colocada em uma posição de fragilidade. Essas condições acabam gerando um sentimento de medo da morte ou do sofrimento, e a cesariana aparece como uma alternativa de fuga e proteção. (BRASIL, 2014a).

Um considerável número de mortes maternas e neonatais no Brasil pode ser evitável se houver ações eficazes dos serviços de saúde. Temos um modelo obstétrico em sua grande maioria hospitalar, centrado no modelo tecnocrático e hegemônico, em que o parto é percebido como um processo patológico, dentro de uma organização taylorista do ambiente e dos processos de trabalho. (BRASIL, 2014a).

Este modelo não favorece a humanização do cuidado no parto e nascimento e a autonomia da mulher nesse processo. Além disso, pode até contribuir para situações adversas ao cuidado que se caracterizem como Violência Obstétrica.

Nesta perspectiva, a *pesquisa "Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado"*, em 2010, divulgada pela Fundação Perseu Abramo, trouxe como resultados que uma em cada quatro mulheres sofreu algum tipo de violência durante o parto. Qualquer intervenção ou procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, gritos e negligência à gestante, parturiente, puérpera ou ao bebê, são caracterizados como violência obstétrica, bem como o desrespeito à sua autonomia, escolhas, integridade física e mental. (VENTURI et al., 2010).

Desde 1996 a OMS enfatiza as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento baseadas em evidências científicas e descreve o parto como um evento natural que precisa de cuidados e não de controle. (BRASIL, 2014a). Para que haja mudança de paradigma e da cultura do nascimento são necessárias mudanças no modelo de atenção à saúde materna com ampliação de acesso e melhoria da qualidade do acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e puerpério, conforme preconiza a Rede Cegonha, visando ao fortalecimento do trabalho em rede e a mudança do modelo de atenção obstétrica desde o pré-natal até o puerpério.

### 2.3.1 Modelos de assistência ao parto

O Sistema de saúde é reflexo dos preconceitos e crenças da própria sociedade, orientados pela ciência, tecnologia e lucro econômico. A tecnologia é supervalorizada e as ações obstétricas são praticadas sem embasamento científico, e decorrentes de aspectos culturais. Essas são as premissas de Davis-Floyd (2000). A partir de entrevistas com médicos, parteiras, enfermeiras e mães a autora descreveu 12 princípios de cada um dos três paradigmas que se aplicam à assistência obstétrica, a saber: Modelo Tecnocrático; Modelo Humanístico; e Modelo Holístico. Que estão sintetizados no QUADRO 2.

QUADRO 2 - MODELOS DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

MODELO TECNOCRÁTICO	MODELO HUMANÍSTICO	MODELO HOLÍSTICO
1. Separação corpo-mente.	1. Conexão corpo-mente.	1. Unicidade de corpo-mente e espírito.
2. O corpo como máquina.	2. O corpo como organismo.	2. O corpo é um sistema de energia interligado com outros sistemas de energia.
3. O paciente como objeto.	3. O paciente como sujeito relacional.	3. Cura da pessoa em sua integralidade em um contexto de vida como um todo.
4. Alienação do médico em relação ao paciente.	4. Conexão e carinho entre médico e paciente.	4. Unidade essencial entre médico e cliente.
5. Diagnóstico e tratamento de fora para dentro (curando a doença, reparando uma disfunção).	5. Diagnóstico e cura de fora para dentro e de dentro para fora.	5. Diagnóstico e cura de dentro para fora.
6. Organização hierárquica e padronização de cuidados.	6. Balanço entre os desejos da instituição e do indivíduo.	6. Estrutura organizacional em rede que facilita a individualização da assistência.
7. Autoridade e responsabilidade inerente ao médico e não ao paciente.	7. Informação, tomada de decisões e responsabilidade compartilhadas entre o médico e o paciente.	7. Autoridade e responsabilidade inerente a cada indivíduo.
8. Supervalorização da ciência e tecnologia dura.	8. Ciência e tecnologia contrabalançada com o humanismo.	8. Ciência e tecnologia colocadas a serviço do indivíduo.
9. Intervenções agressivas com ênfase em resultados de curto prazo.	9. Foco na prevenção da doença.	9. Focalização, em longo prazo, na criação e manutenção da saúde e do bem-estar.
10. A morte como derrota.	10. A morte como resultado aceitável.	10. A morte é um processo.
11. Um sistema dirigido pelo lucro.	11. Cuidados dirigidos pela compaixão.	11. A cura é o foco.
12. Intolerância a outras modalidades	12. Mente aberta para outras modalidades.	12. Abarca múltiplas modalidades de cura.

FONTE: DAVIS-FLOYD (2000 apud BRASIL, 2014a, p.26-28)

Para Davis-Floyd (2000), o modelo tecnocrático concebe o corpo como uma máquina e a separação do corpo e da mente. No modelo humanístico há conexão da mente e corpo, e este é visto como um organismo. E por fim, o modelo holístico institui a unidade entre corpo, mente e espírito. Neste caso, o corpo é definido como um campo de energia.

Para que o parto seja uma experiência positiva para a mulher e a família, recomenda-se uma assistência qualificada, com apoio físico e emocional, prevenção de complicações, boa comunicação entre a equipe, a mulher e familiar, os quais necessitam ser esclarecidos com linguagem clara e acessível e tom de voz que traduzam calma e serenidade. (BRASIL, 2014a).

O respeito e o reconhecimento dos diferentes valores culturais, crenças, necessidades e expectativas em relação à gravidez, ao parto e ao nascimento, devem ser preservados. O ambiente onde a mulher é cuidada deve ser acolhedor, com atendimento individualizado, sem rotinas rígidas a fim de que ela possa expressar suas necessidades e se sentir segura e protegida. (BRASIL, 2014a).

### 2.3.2 Boas práticas de assistência ao parto e nascimento

A mortalidade perinatal ainda é elevada, o que demonstra má qualidade da atenção obstétrica ou mesmo o desconhecimento das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, o que pode contribuir para tornar comum a utilização de práticas e intervenções obstétricas sem necessidade. (LEAL et al., 2014b).

Mesmo com o apoio e incentivo do MS através de manuais técnicos, materiais educativos e capacitação profissional, as estratégias ainda são insuficientes para reverter o modelo de atenção obstétrica do Brasil. Este é colocado como um modelo intervencionista, centrado no profissional, com as taxas de cesárea mais elevadas do mundo, refletindo a baixa qualidade da atenção obstétrica. (LEAL et al., 2014b).

Sabe-se que países em desenvolvimento buscam uma assistência ao parto de forma segura e acessível, porém a adoção acrítica de uma série de procedimentos inúteis, inoportunos, inadequados e desnecessários, com frequência mal avaliado, configura-se como um risco assumido nos serviços de maternidade. (LEAL et al., 2014b).

Ainda na década de 80, a Organização Pan-Americana de Saúde- OPAS e a OMS debateram sobre a necessidade de um novo modelo de atenção ao parto em algumas conferências internacionais, com a construção de novos paradigmas voltados à parturição. (REIS et al., 2014).

A primeira conferência da *World Health Organization (WHO) Consensus Conference on Appropriate Technology for Prenatal* foi realizada em Washington, com discussões sobre os cuidados durante o pré-natal e tecnologias apropriadas ao parto e ao nascimento. A segunda *WHO Consensus Conference on Appropriate Technology for Birth*, ocorreu em 1985, em Fortaleza, com discussões acerca das dimensões sociais e emocionais do pré-natal e parto, restringindo o uso de práticas prejudiciais ou inadequadas na parturição. Em 1986 ocorreu a terceira, *WHO Consensus Conference on Appropriate Technology for Following Birth*, em Trieste, que abordou o respeito aos direitos das mulheres, a preservação da integridade, da privacidade e da autonomia destas no parto e pós-parto. (REIS et al., 2014).

Somente em 1996, a OMS estabeleceu a definição de trabalho de "parto normal", identificando as práticas mais comuns utilizadas na condução e no cuidado do trabalho de parto, recomendando intervenções que poderiam ou não ser utilizadas, classificadas em 4 categorias, que serão apresentadas a seguir nos quadros 3, 4, 5 e 6.

No QUADRO 3 estão apresentadas as práticas relativas à Categoria A.

QUADRO 3 - PRÁTICAS QUE SÃO DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS - CATEGORIA A

Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/ companheiro e, se aplicável, a sua família
Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e parto
Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo do nascimento
Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto
Respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações
Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante
Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto
Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto
Respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto
Fornecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem
Métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto
Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente
Uso de materiais descartáveis apenas uma vez e descontaminação adequada de materiais reutilizáveis durante todo o trabalho de parto e parto
Usar luvas no exame vaginal, durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta
Liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto
Estímulo a posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto e parto
Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, por exemplo pelo uso do partograma da OMS
Utilizar ocitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de uma pequena perda de sangue
Condições estéreis ao cortar o cordão
Prevenir hipotermia do bebê
Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno
Examinar rotineiramente a placenta e as membranas ovulares

FONTE: OMS (1996)

No QUADRO 4 estão apresentadas as práticas incluídas na Categoria B:

QUADRO 4 - PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS - CATEGORIAS B

Uso rotineiro de enema
. Uso rotineiro de tricotomia
. Infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto
Cateterização venosa profilática de rotina
Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto
Exame retal
Uso de pelvimetria por raios-X
Administração de ocitócicos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permita controlar seus efeitos
. Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto e parto
Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto
Massagens e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto
Uso de comprimidos orais de ergometrina na dequitação para prevenir ou controlar hemorragias
Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto
Lavagem rotineira do útero depois do parto
Revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto

FONTE: OMS (1996)

No QUADRO 5 estão apresentadas as práticas referentes à Categoria C:

QUADRO 5 - PRÁTICAS EM RELAÇÃO ÀS QUAIS NÃO EXISTEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO CLARA E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA ATÉ QUE MAIS PESQUISAS ESCLAREÇAM A QUESTÃO - CATEGORIA C

Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação nervos
Amniotomia precoce de rotina (romper a bolsa d'água) no primeiro estágio do trabalho de parto
Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto e parto
Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto
Manipulação ativa do feto no momento de nascimento
Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão ou sua combinação durante o terceiro estágio do trabalho de parto.
Clampeamento precoce do cordão umbilical
Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante o terceiro estágio do parto-dequitação

FONTE: OMS (1996)

No QUADRO 6 estão apresentas as práticas relativas à Categoria D:

QUADRO 6 - PRÁTICAS FREQUENTEMENTE UTILIZADAS DE MODO INADEQUADO-  
CATEGORIAS D

Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto
Controle da dor por agentes sistêmicos
Controle da dor por analgesia peridural
Monitoramento eletrônico fetal
Utilização de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao parto
Exames vaginais repetidos e freqüentes, especialmente por mais de um prestador de serviços
Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina
Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto
Cateterização da bexiga
Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário
Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como por exemplo uma hora, se as condições maternas e do feto forem boas e se houver progresso do trabalho de parto
Parto operatório
Uso liberal ou rotineiro de episiotomia
Exploração manual do útero depois do parto

FONTE: OMS (1996)

Essas mesmas práticas foram também agrupadas em duas categorias quais sejam: as que interferem na fisiologia do parto e as que não interferem com o processo fisiológico da parturição. Assim, culminaram por tornarem-se um guia prático que tem como princípio a mínima intervenção no processo fisiológico do parto adotado por enfermeiras obstétricas e pelos defensores do modelo humanizado, como norteadoras de sua atuação. (REIS et al., 2014).

Dentre as práticas utilizadas como rotina no modelo medicalizado, tem-se ocitocina endovenosa, a amniotomia, episiotomia e a restrição ao leito no trabalho de parto, são consideradas como condutas que interferem na fisiologia do parto. (REIS et al., 2014).

Já as recomendações atuais da OMS e do Ministério da Saúde para o manejo do trabalho de parto incluem a oferta de líquidos; incentivo as posições verticalizadas e à liberdade de movimentação, uso de estratégias não farmacológicas para alívio da dor, como banhoterapia, massagens, exercícios relaxantes na bola suíça, uso restrito de episiotomia, indicação correta da indução do trabalho de parto. (LEAL et al., 2014a).

Apesar das evidências científicas sobre o tema e as recomendações da OMS, o modelo de assistência obstétrica no Brasil ainda é extremamente intervencionista. Pode-se constatar essa afirmação pela pesquisa nacional Nascer no Brasil, realizada em 2011, a qual mostra o retrato da assistência à mulher no âmbito hospitalar, nas diferentes regiões do Brasil.

Sabe-se, por exemplo, que no parto, 91.7% das mulheres tem seus bebês em posição de litotomia, 56.1% são submetidas a episiotomia e 37.3% das mulheres recebem a manobra de Kristeller. (LEAL et al., 2014a).

Durante o trabalho de parto, 46.3% das mulheres se movimentam livremente, 25.6% se alimentam em seu trabalho de parto, 28% recebem estratégias não farmacológicas para alívio da dor. É possível verificar também que a taxa de indução do parto é elevada, com 38.2%, amniotomia está em 40.7%, punção venosa de rotina em 73.8%, e recebem analgesia 31.5% das mulheres. E que nos Recém-nascidos, 28.2% não são colocados em contato pele a pele com a mãe, e 71% são aspirados em vias aéreas superiores. (LEAL et al., 2014a).

Considerando-se estes dados atuais, é possível constatar que o modelo obstétrico no Brasil é extremamente intervencionista, e a fisiologia do parto desconsiderada, com práticas prejudiciais ou que não apresentam nenhum benefício ainda são utilizadas em demasia, prevalecendo a experiência e crença individual do profissional, sem evidências científicas. (LEAL et al., 2014b).

### 2.3.3 Atuação da enfermeira obstétrica na assistência ao parto e nascimento

Desde 1998, o Ministério da Saúde promove estratégias políticas para inserção enfermeira obstétrica no processo de parturição, por meio de qualificações para o enfermeiro e também portarias para a inclusão do pagamento do SUS do parto atendido por este profissional. (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2014).

A Portaria SAS/MS de n.º 163, de 22 de setembro de 1998, prevê o atendimento e acompanhamento ao trabalho de parto e parto sem distócia pelo enfermeiro obstetra. A Lei n.º 7.498 de 25 de junho de 1986 e o Decreto n.º 94.406 de 08 de junho de 1987, regulamentam o exercício da enfermagem e define as atribuições do enfermeiro obstetra.

Em 2015 o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), coloca a resolução 77 de 2015 que dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes,

parturientes e puérperas. Nesta resolução é descrito as atribuições do enfermeiro obstetra e inclui também a obstetrix, profissional esta graduada em obstetrícia. Esta resolução descreve as atribuições privativas do enfermeiro obstetra e obstetrixes como: cargos gerenciais relacionados à obstetrícia, planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem na área de obstetrícia; serviços de consultoria e auditoria; consulta de enfermagem obstétrica; prescrição de assistência de enfermagem obstétrica; cuidados diretos de enfermagem a pacientes obstétricas graves, com risco de morte. (COFEN, 2015).

Também como atribuição do enfermeiro obstetra têm-se ações voltadas à gestão do cuidado, tais como: participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde, na área da obstetrícia; participação na elaboração, execução, e avaliação dos planos assistenciais de saúde na área da obstetrícia; Prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, na área da obstetrícia; participação em projetos de construção ou reformas de unidades de internação, na área de obstetrícia, prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis, na área de obstetrícia. (COFEN, 2015).

Ademais estão previstas ações de cuidados diretos como: assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido; acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; Assistência à parturiente e ao parto normal; Execução do parto sem distócia; Emissão de laudos de autorização de internação hospitalar (AIH); Identificação das distócias obstétricas e tomada de providências necessárias, até a chegada do médico; Realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária; Acompanhamento obstétrico da mulher e do recém-nascido, sob seus cuidados, da internação até a alta; Educação em saúde, na área obstétrica, visando à melhoria da qualidade de vida da população. (COFEN, 2015).

A enfermeira obstétrica tem em sua formação a filosofia do cuidado humanizado, conforme recomendado pela OMS e deve colocar ao dispor das parturientes a atenção profissional específica e qualificada, envolvendo saberes de diversas disciplinas na construção do cuidado, de forma transversal e integrada, promove o conforto e autonomia às mulheres ao incentivá-las no reconhecimento e desenvolvimento de suas próprias habilidades, a partir de evidências científicas, utilizando técnicas favoráveis à evolução fisiológica do trabalho de parto, bem como práticas não farmacológicas para o alívio da dor. (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2014).

A humanização na assistência ao parto e nascimento, consiste em direcionar a atenção voltada à mulher e família em sua individualidade, e necessidades específicas, além das questões biológicas, contemplando também condições sociais, éticas e emocionais, com base na qualidade da assistência prestada, voltadas a ações com resolutividade satisfação e fortalecimento das usuárias, reconhecimento e reivindicação de seus direitos e promoção do autocuidado. (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2014).

Com a institucionalização do parto, houve um aumento considerável no número de intervenções, bem como o aumento das cesáreas (44%) e dos partos normais que acontecem no ambiente hospitalar apenas 8,3% são atendidos pela enfermeira obstétrica. (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2014).

#### 2.4 O PAPEL DA GESTÃO DA MATERNIDADE NA IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA

A assistência obstétrica no Brasil ainda é intervencionista, potencialmente iatrogênica com a prática abusiva da cesariana. Este modelo leva ao isolamento da gestante e familiar, à falta de privacidade e ao desrespeito à autonomia da mulher, a não utilização de ferramentas seguras para o acompanhamento do trabalho de parto, como o partograma. Tais fatores contribuem para o aumento dos riscos maternos e perinatais. (BRASIL, 2011b).

O Ministério da Saúde evidencia que 70% das gestantes que realizaram parto normal não tiveram acesso a medidas farmacológicas (analgésias) ou não farmacológicas para o alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento. E a presença do acompanhante não aconteceu em 82% do total de parturientes do país, sendo que desde 2005, a Lei Federal n.º 11.108 garante o acompanhante da escolha da mulher em todo o processo de nascimento. (BRASIL, 2011b).

Diante desse cenário, a Rede Cegonha propõe no componente parto e nascimento, sob a responsabilidade de maternidades, a priorização de ações relacionadas às boas práticas de atenção ao parto e nascimento, associadas a investimentos para o aumento e qualificação profissional, assim como à assistência humanizada e de qualidade, baseada em evidências científicas e centrada no bem estar da mulher, da criança, do pai e da família. (BRASIL, 2011b).

A partir da adesão à Rede Cegonha no componente parto e nascimento, os gestores das instituições têm como função conduzir a assistência, seguindo suas diretrizes (BRASIL, 2011b). Sendo assim, mediante o desenvolvimento de ações de planejamento, organização, direção e controle, devem gerenciar recursos humanos, tecnológicos, financeiros, físicos e de informação para o alcance das metas estipuladas no contrato de gestão com as instâncias do SUS, a fim de viabilizar:

1. A incorporação de boas práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da OMS, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento", com ênfase na garantia do acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
2. Fomentos à adoção de práticas de gestão que diminuam a dicotomia entre gestão e assistência, promovendo a atuação integrada entre os profissionais de saúde e gestores dos serviços, garantindo a integralidade do cuidado através do acolhimento com classificação de risco e implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
3. Implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização e ambiência adequada dos serviços de saúde que realizam partos, orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada- RDC n.º 36/2008.
4. Planejamento e programação das ações orientadas pelas necessidades de atenção à saúde da população materna e infantil, incluindo a garantia da oferta de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru).

A gestão de serviços de saúde tem como prática a otimização do funcionamento dos serviços, com eficiência, eficácia e efetividade, por meio do conhecimento e técnicas administrativas. Conseqüentemente, esta otimização requer a realização de avaliações frequentes e periódicas, como resposta ao desenvolvimento das ações da gestão, subsidiando a tomada de decisão. (TANAKA; TAMAKI, 2012).

A obtenção de informações pelo gestor, em tempo hábil, é imprescindível para a melhoria qualitativa de suas decisões. Nesta perspectiva, os indicadores são variáveis que podem fornecer a melhor imagem possível de um objeto. Todavia, considera-se que pode haver inúmeras perspectivas mediante as quais um objeto

pode ser observado, portanto, pode existir um rol de possibilidades de indicadores que poderão formar essa imagem. (TANAKA; TAMAKI, 2012)..

Por conseguinte, a escolha dos indicadores que serão utilizados em uma avaliação constitui uma das tarefas críticas da avaliação.

A OMS (1981 apud TANAKA; TAMAKI, 2012) recomenda critérios para a seleção de indicadores, a saber; (i) a sua validade, de maneira a medir efetivamente o que pretende medir;(ii) a sua confiabilidade, de modo que ele apresente o mesmo resultado ainda que seja utilizado por diferentes pessoas ou circunstâncias; (iii) a sua sensibilidade, que é a capacidade de captar mudanças na situação ou no objeto estudado; e (iv) sua especificidade, referente à capacidade de refletir mudanças apenas no objeto que está sendo estudado.

Considerando-se em que os indicadores serão aplicados, agregam-se a estes atributos outros citados pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), como: (i) mensurabilidade, uma vez que deve basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir; (ii) relevância, se responde a prioridades de saúde; e (iii) custo-efetividade, em que medida os resultados justificam o investimento de tempo e recursos. (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Portanto, além da realização do planejamento estratégico das instituições sob a sua responsabilidade, os gestores necessitam que coloquem as estratégias em ação, e estabeleçam mecanismos de controle, acompanhamento e avaliação dessas estratégias.

No caso de instituições hospitalares com foco na atenção obstétrica, os indicadores relacionados às Boas práticas de atendimento ao parto e nascimento podem oferecer uma imagem real da assistência, e apontar necessidades de sensibilização por parte dos profissionais para o aprimoramento técnico e incorporação da filosofia do Modelo Assistencial proposto pela Rede cegonha e assumido pela gestão.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa e qualitativa, a ser desenvolvida no Centro Médico Comunitário Bairro Novo, de Curitiba, com o objetivo de avaliar a assistência obstétrica após a implantação da Rede Cegonha nesta maternidade.

A opção pela pesquisa avaliativa decorreu da contribuição de seus resultados para o serviço de saúde com vistas a aprimoramentos que conduzam às mudanças no modelo assistencial. Este tipo de pesquisa "[...] avança em uma perspectiva analítica, estabelecendo relações entre o problema, a intervenção, os objetivos da intervenção, os recursos, os efeitos, as ações e o contexto no qual a intervenção se insere". (CHAVES et al., 2014, p.306.).

A abordagem escolhida para análise de dados foi a utilização do método misto, uma vez que amplia as informações obtidas na pesquisa na medida em que emprega "[...] técnicas aplicadas tanto aos dados quantitativos quanto aos qualitativos para misturar as duas formas de dados simultânea e sequencialmente em um único projeto ou em um projeto multifásico". (CRESWELL; CLARK, 2013, p.252.).

Na abordagem qualitativa de pesquisa não se atém à representatividade numérica, e sim, a compreensão abrangente de um grupo social ou organização. Busca-se o porquê das coisas, expressando o que convém ser realizado. O desenvolvimento da pesquisa é imprevisível. A amostra tem como objetivo descrever informações aprofundadas, que possibilitem a produção de novas informações. (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Por sua vez, na abordagem quantitativa os resultados da pesquisa podem ser quantificados. Geralmente, as amostras são grandes. Centra-se na objetividade, sob a influência do positivismo. Sendo assim, esta abordagem fundamenta-se na concepção de que a realidade somente pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, coletados mediante instrumentos padronizados e neutros. Usa-se da linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno e as relações entre as variáveis. (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

### 3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida no Centro Médico Comunitário Bairro Novo<sup>1</sup>, inaugurada em 1997. A maternidade pertence à Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC), é administrada pela Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba (Feaes), desde março de 2013. A Fundação pertence a administração indireta da Prefeitura Municipal de Curitiba, instituída pela Lei Municipal nº 13.663 de 21 de dezembro de 2010.

A maternidade tem como missão, “Prestar assistência integral, humanizada e segura à gestante, puérpera e ao recém-nascido”. Atende mulheres com gestação de risco habitual, exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde-SUS, e é vinculada ao Programa Mãe Curitibana. Possui 43 leitos e atendeu no período de julho de 2014 a julho de 2015, uma média de 178 nascimentos por mês.

### 3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Foram atendidos os aspectos éticos e normativos de pesquisas com seres humanos de acordo com a Resolução n.º 466/2012. O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Paraná, sob o **CAAE**: 45071015.0.0000.0102 e Parecer: 1.126.087 (ANEXO 1). Obteve-se aprovação de viabilidade da pesquisa pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde (ANEXO 2).

A autora faz parte do quadro de enfermeiros da instituição pesquisada, motivo pelo qual as entrevistas foram conduzidas por outros pesquisadores participantes do projeto.

### 3.4 PARTICIPANTES

Os participantes da pesquisa foram três informantes-chave, representantes da gestão, cujos critérios de inclusão foram: ser Diretor Geral, Gerente Médico e Gerente Assistencial da Maternidade, desde o início da sua adesão à Rede Cegonha.

---

<sup>1</sup> Nesta dissertação será referenciada como maternidade Bairro Novo, nome pelo qual é conhecida pela comunidade.

Os critérios de exclusão foram: não ocupar algum desses cargos, estar em férias, licença ou afastamento no período da coleta de dados.

Destaca-se que os participantes foram convidados a participar da pesquisa, orientados sobre os objetivos, e sua participação voluntária, bem como, sobre a garantia de que todos os direitos e deveres do participante seriam respeitados, de acordo com a Resolução 466/2012. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido-TCLE (APÊNDICE 1).

### 3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2015, em duas etapas metodológicas. A primeira etapa ocorreu mediante entrevista individual com os gestores, constituída de uma questão aberta: ***Conte-nos, na sua perspectiva, como foi a implantação das diretrizes da Rede Cegonha na maternidade?*** (APÊNDICE 2).

A entrevista foi previamente agendada conforme disponibilidade do informante-chave, no local de sua preferência, e que assegurasse a sua privacidade. Teve duração em média de 1 hora, e a gravação foi autorizada pelo participante.

A segunda etapa foi a coleta de dados em documentos disponibilizados pela direção da Maternidade, e dados secundários sobre indicadores da assistência obstétrica, relativos ao período de julho de 2014 a julho de 2015. Os indicadores são evidenciados no QUADRO 7.

QUADRO 7 - INDICADORES DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA, CMCBN, CURITIBA-PR, 2014

INDICADORES DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA	
Taxa de partos normais e cesáreas	Taxa de utilização de ocitocina
Taxa de partos atendidos por categoria profissional: Médicos e enfermeiras obstetras	Taxa de parturientes em jejum durante o Trabalho de Parto e Parto
Taxa de posição materna durante o parto	Taxa da utilização da manobra de Kristeller
Taxa de recém-nascidos submetidos ao contato pele a pele imediatamente após o parto	Taxa de clampeamento precoce do cordão umbilical
Taxa de acompanhantes durante o Trabalho de parto e parto	Taxa de parturientes encaminhadas para outro ambiente no período expulsivo
Taxa de Episiotomia	Taxa de deambulação durante o trabalho de parto
Taxa de amniotomia	Taxa de parturientes submetidas á analgesia
Taxa de parturientes que receberam Métodos não farmacológicos para alívio da dor: banhoterapia, massagem, exercícios na bola suíça, musicoterapia, penumbra.	

FONTE: CMCBN (2014)

## 3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

### 3.6.1 Análise quali-quantitativa

Diante das respostas dos gestores à pergunta norteadora, obteve-se o substrato discursivo, que foi gravado para posterior transcrição e preparo para análise segundo a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

O DSC constitui-se, no rol das pesquisas qualitativas, como análise de discurso que está fundamentada teoricamente nas Representações Sociais, as quais constituem "[...] um sistema de crenças compartilhadas que permitem a comunicação ou a troca de sentidos entre seus membros, conferindo-lhe coesão". (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012, p.21).

Como técnica de análise de dados, o DSC contempla operações sobre a matéria-prima obtida mediante depoimentos individuais, mas também podem ser obtidos de artigos, discussões em grupo, redes sociais, eletronicamente entre outros, os quais redundarão em depoimentos coletivos, entendidos como "[...] constructos confeccionados com estratos literais do conteúdo mais significativo dos diferentes depoimentos que apresentam sentidos semelhantes". (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012, p.17).

Em tais operações utilizou-se de figuras metodológicas, ou operadores, para a confecção dos DSC (LEFEVRE; LEFEVRE, 2003; 2012), a saber:

- a) *Expressões-chaves – ECH*: são trechos ou transcrições literais de cada discurso, ou segmento dele, que revelam a essência do depoimento individual, a qual poderá estar fragmentada em uma reposta. Esta operação é subsequente à transcrição, e é a que dá início ao processo reflexivo e de trabalho do pesquisador, que conhece o seu objeto e tema de estudo, o qual nesta pesquisa é a Rede Cegonha;
- b) *Ideias Centrais – IC*: cada uma das expressões-chaves é lida, analisada sob a ótica do tema em estudo, e dela serão evidenciadas ideias, ou apenas uma ideia, nomeadas pelo pesquisador com palavras ou expressões linguísticas, que são sintéticas, abstratas, conceituais e em menor número, e que traduzam, segundo o pesquisador, o que de fato o entrevistado quis dizer, ou sobre o quê foi falado. As IC darão origem às categorias

de análise, que são os discursos-síntese, os quais serão consolidados após a junção das ECH relativas a cada IC;

- c) *Discurso do Sujeito Coletivo – DSC*: é a principal figura metodológica, pois é o discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular, composto por ECH que têm a mesma IC. O que se buscou foi reconstruir com fragmentos dos discursos individuais dos gestores entrevistados, como em um quebra-cabeças, tantos discursos-sínteses quantos foram necessários para expressar um dado pensar ou representação social, que foram denominadas de categorias de análise. Nesta pesquisa, foram identificadas cinco categorias.

Para o apoio da análise dos discursos o Método do DSC disponibiliza de um *software* denominado Qualiquantisoft® (QLQT), o qual se destina ao "[...] processamento de dados de natureza qualitativa, que estejam organizados em forma de discursos, depoimentos, ou textos de qualquer natureza". (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012, p.65). Portanto, este recurso não dispensa o trabalho de produção intelectual do pesquisador, apenas o ajuda a organizar-se, e promover a síntese dos DSC conforme as categorias de análise que foram desenvolvidas. Com o QLQT tem-se também a quantificação da força de compartilhamento de uma dada categoria, quando comparada às demais, que é expressa em número percentual. O software emite um gráfico, que demonstra a composição quantitativa do DSC.

### 3.6.2 Análise quantitativa

Os dados secundários disponibilizados pela gestão, em planilhas eletrônicas, continham a frequência absoluta (n) e relativa (%), e os indicadores mensais, relativos às práticas obstétricas recomendadas pela Rede Cegonha, a maioria desses dados referia-se ao período de julho de 2014 a julho de 2015.

Os indicadores relativos aos métodos não farmacológicos para alívio da dor e posição materna no parto foram apresentados em um período reduzido, devido a não disponibilização destes pela instituição, pois começaram a ser monitorados pela gestão apenas a partir de janeiro de 2015. Portanto a amostra destes dados é relativa ao período de janeiro a julho de 2015.

Foi desenvolvido um processo de checagem nas planilhas obtidas da Maternidade, quanto à frequência absoluta, relativa, e os indicadores propriamente ditos, de maneira que não foram observadas divergências entre os resultados.

Adicionalmente a pesquisadora procedeu à análise descritiva univariada (média, desvio padrão, mediana, intervalo máximo e mínimo) dos dados da amostra. Os resultados foram organizados em tabelas e gráficos para melhor visualização.

O QUADRO 8 apresenta a síntese do método da pesquisa.

QUADRO 8 - SÍNTESE DO MÉTODO DA PESQUISA

OBJETIVOS	PROCEDIMENTO	FONTE DE DADOS	TRATAMENTO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS
Identificar as estratégias da gestão para implantação de diretrizes da Rede Cegonha na maternidade.	Entrevista	Informantes-chave da gestão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transcrição da gravação da entrevista</li> <li>- Organização de dados</li> <li>- Análise do discurso do sujeito coletivo</li> <li>- Discussão a luz das diretrizes da Rede Cegonha e Evidências Científicas</li> </ul>
Analisar dados e indicadores da atenção obstétrica da maternidade após a implantação da Rede Cegonha.	Pesquisa em banco de dados secundários	Indicadores da assistência obstétrica da maternidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabulação dos dados</li> <li>- Análise de frequência absoluta e relativa</li> <li>- Análise descritiva univariada</li> <li>- Elaboração de gráficos e tabelas</li> <li>- Cálculo dos indicadores</li> </ul>

FONTE: O autor (2014)

## 4 RESULTADOS

Neste Capítulo serão apresentados os resultados quali-quantitativos (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2012) advindos do Método do Discurso do Sujeito Coletivo, bem como, os resultados quantitativos relativos aos indicadores da assistência obstétrica da Maternidade no período de julho de 2014 a julho de 2015.

### 4.1 O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DOS GESTORES

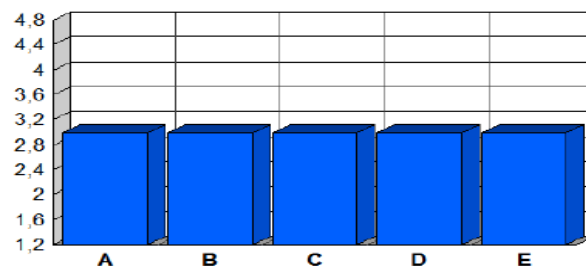
Apresentam-se os resultados da pesquisa relacionados às entrevistas com os Informantes-chave da gestão, que foram identificados como gestor A, B, e C, e responderam ao seguinte questionamento: ***Conte-nos, na sua perspectiva, como foi a implantação das diretrizes da Rede Cegonha na maternidade?***

Após o trabalho com as figuras metodológicas ECH e IC nos três depoimentos, ou discursos individuais, pode-se observar ideias que apontavam para aspectos da gestão que foram organizados mediante expressões significativas dos discursos, as Categorias de análise, a saber: 1) Dificuldades encontradas para implantação do Modelo Assistencial da Rede Cegonha (dificuldades); 2) Mudança de paradigma; 3) Estratégias da gestão para reorganização estrutural (papel do gestor); 4) Estratégias para a implantação do Modelo Assistencial da Rede Cegonha (Estratégias); e 5) Resultados obtidos após a implantação da Rede Cegonha na maternidade.

Observou-se que todas as Categorias de análise apresentaram a mesma força de compartilhamento nos discursos-sínteses, a saber, de 20%. Este fato evidencia o consenso social entre os gestores quanto aos aspectos eleitos para as cinco categorias de análise, de modo que tais aspectos parecem guardar entre si a mesma importância, não havendo evidênciação escalonada na percepção respondida pelos gestores (FIGURA 1).

FIGURA 1 - DISTRIBUIÇÃO DA FORÇA DE COMPARTILHAMENTO SEGUNDO AS CATEGORIAS DOS DISCURSOS-SÍNTESE ORIGINADAS DO QUALIQUANTISOFT®, CURITIBA, 2015

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL		
1 ) FALE-ME SOBRE O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA NESTA MATERNIDADE.		
A	DIFICULDADES	3 20,00 %
B	MUDANÇA DE PARADIGMA	3 20,00 %
C	PAPEL DA GESTÃO	3 20,00 %
D	ESTRATÉGIAS	3 20,00 %
E	RESULTADOS	3 20,00 %
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA		15



FONTE: Programa QualiQuantisoft (2015)

Observa-se que os três gestores entrevistados apresentaram seus discursos sobre o processo da implantação da Rede Cegonha na Maternidade com ênfase na mudança de paradigma que esta proposta motivou, e suas inerentes dificuldades, contudo identificando os seus papéis como gestores para eleição de estratégias para superá-las, bem como, concluindo com resultados que já podem observar no tocante à qualidade do atendimento, devido à mudança no modelo assistencial. Esses aspectos são desenvolvidos mediante a apresentação de cada discurso-síntese.

#### 4.1.2 Discursos-síntese do Sujeito Coletivo

##### DSC- CATEGORIA A: DIFICULDADES

*Apesar dos pontos positivos, a Rede Cegonha foi um pouco imposta, não tudo, mas no início. Eu acredito que deveria ter sido conversado um pouco mais, não muito, senão a gente nunca consegue mudar, precisamos conversar e precisamos agir. O primeiro passo saindo do tradicional foi bastante questionado, isso no primeiro ano que tinha duas enfermeiras obstetras, mas não eram contratadas como tal e que atendeu alguns partos de cócoras em um ambiente que foi adaptado. Nós não temos a cama PPP, mas a mulher pode ter o bebê na cama normal. Nossa estrutura física é extremamente antiga, tem 18 anos, então nós tivemos que adaptar toda estrutura no centro obstétrico, nós tínhamos uma dificuldade que era a sala cirúrgica junto com o que hoje nós chamamos de quarto PP que é o pré parto, mas que não é só pré parto porque o nascimento dos bebês acontecem lá, então a gente diz que é o quarto PP. Dependemos muito da parte financeira, não temos médio risco, fazemos tudo o que o bebê precisa para entrar no médio risco, profissionais habilitados, temos uma sala de reanimação neonatal, 2 berços para examinar, uma incubadora e depois esse bebê é colocado ao lado da mãe e do acompanhantes, não falta nada para o atendimento a mãe e ao bebê, mas eles ficam ali aguardando a vaga quando precisam de UTI, a gente coloca na central de leitos, assim que sai a vaga a gente aciona o SAMU, essa é a condição que a gente tem. Por exemplo, um bebê com um quilo e meio que poderia ficar aqui ao lado*

da mãe, tem que ser transferido para a longe, e ela continua aqui, então precisamos melhorar isso. São coisas que independem da nossa vontade. Foi uma construção coletiva em que no primeiro ano nós tivemos mais dificuldades, porém a partir do segundo ano já conseguimos alguns resultados, melhoramos um pouquinho todas as questões dentro desses processos. A maior dificuldade foi a sensação da mudança, muito difícil você trabalhar com pessoas que não conhece. O que foi e continua sendo muito difícil é a cultura da hegemonia médica, é muito complicado, a gente entra também na fragilidade da enfermagem, pessoas formadas aqui em Curitiba, mas com pouca prática, a gente teve um pessoal com pouca prática quando chegou aqui na assistência a mulher, a verdade é aquilo que ensinam para gente, também se esbarra na fragilidade da atenção primária, pois nem todas as mulheres chegam empoderadas aqui. A Fundação assumiu em março de 2013, e a gente continuou o mesmo modelo de atendimento que era anteriormente, ficamos quase um ano com os enfermeiros assistenciais, foi quase um ano depois que o enfermeiro obstetra entrou, existiu esse primeiro conflito "vai tomar meu espaço", agora eles vão atender" e os profissionais não aceitavam as boas práticas, houve uma sensação de desconforto. " porque agora só os enfermeiros obstetras são bons, agora nós não servimos mais, antes a gente servia, agora não serve mais". A complicação maior que temos é por falta de comunicação, tanto com o paciente quanto entre profissionais, que depende como a comunicação é feita, tem sempre a ideia de atrito, o trabalho então é desgastante. Eu enquanto gestora, gerente, tive que dar uma atenção especial as enfermeiras obstetras que estavam fragilizadas, estavam se sentindo mal, houve umas situações graves de confronto entre médico e enfermeiro, teve que ter um apoio maior da gestão para os enfermeiros, para que o novo modelo fosse aceito, e que seria mais confortável se não houvesse conflitos. Então temos que ser parceiro, estar junto intermediando, colocando que realmente a Rede Cegonha veio pra ficar, e que o novo modelo de assistência do SUS é esse, o fato da própria gestão ter ficado mais próximos das enfermeiras obstetras, trouxe essa situação dos enfermeiros generalistas que ficavam no alojamento Conjunto e pronto atendimento se sentirem menos valorizados. Às vezes o que a gente vê é que na saúde muita coisa começa "pra ontem" e a gente sabe que toda mudança gera atrito, tem as suas dificuldades, e aqui nós vemos várias pessoas trabalhando há anos num padrão que se faz por acreditar que seja correto, ninguém faz uma coisa achando que tá errado. Então os médicos que nunca passaram por mudanças acabaram se adaptando, e da mesma maneira a enfermagem, e o Hospital como um todo num período de transição. Claro que a gente tem que levar em conta que o profissional não é só profissional, ele tem uma personalidade, então a gente sabe que em alguns plantões isso acontece de uma maneira mais tranquila, e em outros turnos, outros plantões foi de uma maneira mais difícil, até porque os profissionais precisavam se adaptar e se conhecer melhor, também não é só o status porque cada um está fazendo seu trabalho e a gente não pode se esquecer do que deu certo e valorizar quem já estava trabalhando, mas também nós não podemos nos esquecer de quem vem e tem experiência de vida, isso acho que é um ponto de apoio, foi uma dificuldade. Quem está chegando sabe tudo, quem já estava não sabe nada. Nós tivemos como primeira opção tentar amenizar um pouco quando entraram as enfermeiras obstetras, como uma experiência diferente algo bem recente com conhecimentos novos, acredito que os médicos tem muito a aprender com as enfermeiras mas as enfermeiras também tem muito a aprender com a experiência dos médicos, mesmo os médicos que estão a pouco tempo que terminaram a residência estão estudando, estão se especializando, acho que é uma troca de experiência. Mas de certa maneira eu acredito que a relação médico enfermeira obstetra vem ganhando muito, vem progredindo muito por conta delas já estarem fazendo os partos, eles adquiriram mais confiança no que está sendo inserido, por que se a responsabilidade do plantão é do médico ele precisa confiar em quem está ali e quando vai chamar ele, e nesse período em que a Rede Cegonha já vem funcionando isso tem se segmentado melhor. Temos profissionais que se coloca ocitocina ele já diz "não, agora a paciente é minha" recusa até o cuidado que como o banho, a orientação, a caminhada, ainda a gente se esbarra no ser humano, nas questões culturais, valores pessoais e na própria vaidade. É muito difícil você deixar de ser o chefe, o líder e ser o colega de trabalho, quando na realidade, historicamente, sempre a palavra final era do médico e hoje ele deve ouvir a opinião, compartilhar as decisões, isso é uma atitude que acontece, mas que ainda não se pratica e quem sabe a gente chega lá. A formação também interfere bastante, a gente observa que na pós-graduação do enfermeiro obstetra, são pessoas mais jovens que fizeram a pós e iniciaram essa atividade com todo gás, acreditando naquele modelo, sabe que dá certo, e nós temos profissionais de outras categorias, como o médico, por exemplo, que vem de uma formação mais tradicional, era como se fosse uma disputa de espaço, mas que não haveria essa necessidade porque tem trabalho pra todos. Tivemos muitas dificuldades, mas com boa vontade de ambos os lados, tanto da equipe médica quanto da equipe de enfermagem, nós temos bons resultados. Por outro lado os médicos tem a aprender com a enfermagem o lado mais natural, muitas vezes o médico tem dois anos três anos de residência e tem a parte prática mecanicista e isso a gente entende que é por que o período até curto, se a residência fosse maior o médico poderia ter todo esse desenvolvimento da parte do atendimento mais humanizado, mas na residência não é assim que funciona, é mais intervencionista porque o tempo de aprendizado é muito curto e toda aprendizagem que o médico tem muito cedo a enfermagem não tem, esse período, então ela pode se dedicar mais, eu tenho certeza que quando a gente coloca como opção pro médico obstetra: "você gostaria de ficar o tempo todo só dentro do CO acompanhando as pacientes?" claro que eles gostariam porque quem está fazendo obstetrícia é porque gosta de fazer parto. Só que não é a realidade que a gente tem, o médico atende PA atende emergência, tem uma cesárea os dois médicos tem que entrar na cesárea, então a enfermeira tem mais tempo de ficar acompanhando a paciente, na verdade ela cria uma relação com a paciente e isso tem por opção seu lado favorável, acredito que se o médico tivesse o tempo para fazer esse acompanhamento, talvez a paciente tivesse o mesmo relacionamento com o médico que tem com a enfermeira, não é porque o médico não quer fazer, é porque não é a realidade, ele tem que estar em vários lugares, isso a gente não vê só no SUS, mas também na rede privada, não estou dizendo que todos são assim, claro que tem exceções, mas temos médicos aqui que gostam de fazer parto, e que gostariam de

acompanhar a paciente e fazer o parto, senti dificuldades por eles terem que fazer tudo isso e não terem tempo dedicado para ficar lá dentro do CO para acompanhar as mulheres, ao contrário da enfermeira obstetra, que geralmente tem toda essa possibilidade. Então isso a gente conseguiu colocar para eles que não vamos pegar só as dificuldades, havendo a possibilidade no plantão, eles vão acompanhar e atender um parto, umas das grandes preocupações é a enfermeira ficar com o bom do plantão, fazer um parto tranquilo e o médico só fazer cesáreas e as emergências. Eu senti também que falta um pouco de dar essas oportunidades para o profissional médico, o que o enfermeiro acaba sendo privilegiado, atendendo somente as pacientes sem intercorrência e a paciente que tem alguma situação que fuja da normalidade vai ficar com o médico. Tem algumas mulheres com a visão de que o SUS obriga a fazer parto normal porque é barato e quem tem dinheiro têm autonomia, então se a gente não trabalha essa orientação com a mulher, com autoconhecimento, do que ela tem capacidade de fazer, elas chegam aqui e entende que se ela for atendida pelo profissional enfermeiro é porque é mais barato e não porque é mais qualidade, porque o enfermeiro é responsável pelo cuidado e que quem faz a intervenção é o médico. Nós ainda não temos um número significativo de mulheres que participam da visita na maternidade, gira em torno de 30 a 40%, porque não é uma cultura adquirida 100%. Talvez falte empenho da sociedade, porque eu entendo que quando a mulher fala que não pode vir na visita de gestante porque é descontado do salário dela no final do mês e de noite ela chega em casa às 18 h, está cansada, tem que fazer janta para os filhos. Então esses 30% de mulheres que vem, é justamente os 30% que já tem mais informação, as mulheres mais carentes que precisam de mais informação são aquelas que não conseguem chegar à visita, há de se fazer no mínimo uma discussão sobre isso. A visita antigamente era marcada pela unidade, na segunda era o distrito do Boqueirão, terça o distrito do Bairro Novo e quarta o distrito do Pinheirinho, todas a tarde, isso fazia com que dificultasse mais ainda, a gente consegue emponderar uma mulher em duas horas? Consegue, mas não é 100% efetivo. A situação de vulnerabilidade no parto, já está sensível, está se sentindo com medo porque você não sabe qual é o profissional que vai atender, por mais que a gente passe por todo esse trabalho de acolhimento, consulta da gestante, você nunca sabe quem é o profissional que vai estar conduzindo o nascimento do seu filho, e encontrar uma cara feia aqui na frente, que é o primeiro contato, faz com que a pessoa já entre com medo dentro da maternidade. Como o Hospital fica em um local longe, a maioria dos colaboradores moram aqui perto, então muitas vezes elas conhecem as mulheres que estão ganhando bebê, então elas querem opinar, ela escuta mais a mulher da limpeza do que a técnica de enfermagem. Então se a mulher da limpeza chegar e falar "não, põe uma chupeta escondida na bolsa, quando você chegar em casa você dá" ela vai fazer, mas se a mulher da limpeza conseguir explicar "olha usar chupeta não é bom" talvez ela não consiga fazer isso e nem é obrigação dela fazer isso, mas se ela já não passar uma informação errada, para nós já é maravilhoso, se a mulher da limpeza acreditar no nosso trabalho, se eu acredito, eu faço, se eu não acredito eu não faço ou faço mais ou menos para não perder meu emprego, por isso todos os funcionários tem que participar dos treinamentos, principalmente do aleitamento materno. Com a equipe médica, existe a dificuldade em participar de capacitação, talvez pelo número de hospitais que eles trabalham, pela dificuldade de horário, de vir fora do horário, também a gente entra na vaidade, na questão "não vou participar porque eu acho que eu não preciso, eu já sei". Ainda uma pequena parte da nossa equipe médica não acredita no modelo de assistência e deixa isso muito claro, então porque que eu vou participar de um treinamento que eu não acredito. Na implantação do modelo foi bastante complicado, nós fizemos capacitação para os enfermeiros, equipe técnica de enfermagem porque faz parte do processo, saber o porquê as coisas estarem acontecendo, mas os médicos não participaram ainda das capacitações. Houve um momento muito difícil quando o protocolo entrou em vigor, em 2014, houve um descontentamento muito grande da parte médica com relação ao protocolo, incluindo até a ridicularização dele. Foi complicado a situação porque não acreditavam, não aceitavam, existiu médicos que receberam os protocolos, assinaram e não leram. Foi muita discussão, tem profissionais que não seguem o protocolo, tem profissionais que seguem o protocolo, ainda temos situações que estão sendo discutidas, coisas que estão sendo observadas por que nós vamos retomar, as diretrizes do ministério da foram colocadas mas a gente tem que ver a situação da nossa maternidade em relação as outras maternidades, então tem algumas coisas que a gente ainda tá construindo, a nossa maternidade ela fica do outro lado da cidade afastada da cidade, afastada do banco de sangue afastada de uma UTI, nós não temos nem UTI neo nem UTI adulto. Então algumas situações a gente precisa estar encaminhando por conta dessa limitação, eu acredito que a partir do momento que a gente tiver toda essa estrutura vai ficar um pouquinho melhor para poder atender algumas situações com mais cuidado. Se você tem uma emergência, com a paciente nasceu o bebê, e tem uma intercorrência uterina, uma ruptura uterina, nós não temos um banco de sangue, não temos uma UTI, e essa paciente tá de estomago cheio? O que a gente vai fazer? Então nós entramos num acordo, que essa paciente vai receber alimento assim que houver a dequitação da placenta, pois corre menos risco, a gente sabe que gestante em qualquer momento pode complicar, mas a partir do momento que a gente tem uma intercorrência num hospital equipado com suporte para a mãe e o bebe é mais fácil, devemos colocar para elas a nossa visão do serviço num todo, a gente não pode pensar no médico ou no enfermeiro, a gente tem que pensar no serviço, no hospital do Bairro novo e o risco para o paciente, ninguém vai dizer "a eu quero água agora", então são alguns pontos da humanização, ninguém vai expor a sua vida assim por um copo da água, depende o caso, a gente tem que explicar a situação para o paciente, paciente obesa, hipertensa que tem o risco de complicação. No início a gente queria provar para os médicos que a mulher poderia sim se alimentar, então a gente deixou com que a mulher naquele momento fosse até 5 cm de dilatação se alimentando, depois entrasse em jejum, em alguns meses a gente parou de oferecer alimentos a mulher após 5 cm de dilatação, depois de um tempo foi convocada uma nova reunião em que foi chamada a direção, inclusive a direção da Fundação, porque as enfermeiras não concordavam com o jejum, e as evidências científicas mostram que a mulher pode se alimentar, então hoje a gente conseguiu mudar novamente o protocolo para que a mulher se alimente até 8 cm de dilatação, e estamos avaliando este item pela

*dificuldade e pela segurança mesmo, devido a formação que existe. Os anestesistas hoje já tem feito essa discussão entre eles para que tenha essa segurança, tudo é feito com evidências científicas, mas as vezes eles se sentem inseguros porque se houver intercorrência e precisar intubar, pode haver broncoaspiração, o jejum é ferreamente discutido, e os anestesistas tem medo de dar ingesta hídrica mesmo que seja água, suco ou gelatina. A gente respeita os profissionais também, eu acho que isso é super importante, toda categoria profissional se sinta segura pra fazer aquele procedimento, ou deixar de fazer, eles têm que se sentir seguro para fazer, e eu sempre digo que uma das dificuldades que faz com que tudo isso aconteça é porque no hospital sempre é tudo centrado no médico e na maternidade com esse novo modelo não pode ser assim, temos que trabalhar em equipe, ter autonomia, segurança e saber seus limites, respeitando as demais categorias, esse foi um desafio e continua sendo um desafio. Não somos informatizados ainda, com isso nós fazemos o controle dos indicadores ainda a moda antiga transcritos no papel mesmo. Outra dificuldade que existe é com o contato pele a pele na cesariana, o pediatra achava que era muito difícil examinar o bebê em cima da mãe e no parto normal ele já faz. Agora uma das dificuldades também, é que uma maternidade está trabalhando mais que as demais, nesse novo modelo, então fica difícil buscar um perfil profissional. Temos as doulas voluntárias que era uma dificuldade na aceitação pela equipe do hospital, para a população era mais tranquilo.*

## **DSC- CATEGORIA B: MUDANÇA DE PARADIGMA**

*Começamos a administrar a maternidade em março de 2013, a qual era administrada por um convênio, e não eram trabalhadas as boas práticas como preconiza o Ministério da Saúde. Com a entrada da Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde –FEAES, o objetivo foi fazer a mudança dentro da maternidade com esse novo modelo de gestão, implantando novos processos de trabalho. No primeiro ano nós começamos com pequenas mudanças, estudando principalmente toda a portaria com as novas diretrizes e capacitando, sensibilizando os profissionais e contratando o profissional enfermeiro obstetra que já trabalha com um modelo de assistência diferente e que vem em encontro com a Rede Cegonha. Além do enfermeiro obstetra continuamos com enfermeiros generalistas que trabalhavam antes no processo administrativo, e o profissional médico atuava como gestor do setor. Essa mudança trouxe um novo artista para o cenário, o enfermeiro obstetra, no qual o protagonista da assistência deixou de ser o médico. É difícil mexer com os valores do médico que antes tomavam as decisões sozinhas. O modelo assistencial anterior ao nosso previa um único supervisor na maternidade inteira, havia uma hegemonia. Não existia o profissional enfermeiro dentro do Centro Obstétrico, era só na supervisão e de repente a gente entra com o profissional enfermeiro no pronto atendimento fazendo classificação de risco, o profissional enfermeiro no alojamento conjunto e o profissional enfermeiro obstetra, dentro do Centro Obstétrico. Uma das grandes questões é trabalhar a autonomia do enfermeiro. Fazer com que as outras classes da área da saúde entendam que nós realizamos um trabalho interdisciplinar, cada um tem seu papel e que ninguém tem que entrar na área do outro, tem que haver diálogo. Se o colaborador não acredita no nosso trabalho baseado na Rede Cegonha nada vai funcionar, inclusive os técnicos de enfermagem antigos com vinte anos de profissão que tinham uma visão desatualizada por exemplo, de que ele que faz o parto, não a mulher. E eles são os nossos olhos, é impossível supervisionar 200 funcionários ao mesmo tempo, então se eles veem coisa errada, chamam e notificam um evento adverso, porque do evento adverso vai sair uma ação educativa e não punitiva. Quando se coloca novos paradigmas e começa uma nova proposta, tem que ser bem discutido antes de começar a ser colocado em prática para que haja um convencimento. As pessoas não devem ser convencidas de que aquilo está certo, mas as pessoas precisam se convencer. Eu, por exemplo, assimilei com mais facilidade porque já estava engajada em outras situações e adquirida uma visão diferenciada de atendimento, mas muitos profissionais são de outra maneira, pois muito do que a gente trabalha é o resultado do que a gente vem acumulando no desenvolver da carreira. Então quando se coloca algo novo, a gente tem que a princípio ter um embasamento científico, ver o que funciona em outros lugares e também ver o que está funcionando para gente, estamos em um período de avaliação. Isso acontece em longo prazo, a gente precisa dar um tempo para que os profissionais dessa instituição se apropriem dessas mudanças para que eles possam assimilar as modificações inseridas na rotina. Por exemplo, com acordo de todos os profissionais, foi discutido quais são alimentos que as parturientes poderia e os que não poderia ingerir, chegamos a um acordo, oferecer gelatina, água de coco, suco, água, mas não chegamos perto do Sofia Feldman que oferece uma variedade de alimentos como canjica, pão de queijo, pão com mortadela, entre outros. Mas apesar de não existir essa diversidade aqui na maternidade, nós temos que entender que estamos em um momento histórico, de evolução e os profissionais precisam acompanhar a evolução. Então se a gente precisa hoje começar com líquidos, água, para que o anestesista se sinta seguro, visto que não era uma prática até aquele momento, ele tem que ver pra acreditar e a gente tem que entender que é um momento e temos que respeitar isso. Eu sempre falo para as enfermeiras, elas tem que parar de ter o imediatismo, e elas tem que entender que nós estamos em construção de um modelo e que por mais que exista uma diretriz para seguir lá, a gente tem que provar para a sociedade, e para a equipe que funciona e entender que eles possuem limitações que nós também temos. Então temos que ir aos poucos, mas ao mesmo tempo não estacionar, se não passou segurança vamos tentar de novo. Tudo isso merece reavaliações e observação de como acontece e ser maleável às mudanças. Hoje o Hospital tem 18 anos e durante 16 anos funcionou de uma maneira, de repente tem uma mudança tão grande, não podemos desconsiderar aquilo que era trabalhado anteriormente. O profissional enfermeiro lá no Sofia Feldman acredita no trabalho que desenvolve. Tanto o enfermeiro assistencial quanto o enfermeiro generalista já possuem uma cultura muito melhor desenvolvida que a nossa. Por exemplo, eles estão trabalhando o parto domiciliar pelo*

SUS. Hoje aqui em Curitiba, quando existe um parto domiciliar, a enfermeira em casa fica ansiosa, chama o SAMU, não é bem vinda dentro da maternidade e é mal vista. Mas a gente queria um modelo de assistência diferente e falta informação no processo de formação. Precisamos trabalhar bastante na formação de recursos humanos, colocar realmente para os alunos desde a graduação, pós-graduação, seja medicina, sejam enfermagem ou outras categorias, este trabalho da necessidade do parto humanizado porque são seres humanos, precisam de ajuda, e se a gente está atendendo uma população, a gente que atender com educação, é uma mudança de cultura. Você consegue acolher aquela família, você tem problemas sociais para trabalhar, tem adolescentes para estar manejando, trabalhar com essas adolescentes incentivando o parto normal, e é aquilo que a gente sempre fala, a cesárea não é proibida, não é uma escolha de parto é um procedimento invasivo e quem vai definir se precisa ou não é o médico após o exame físico e evolução da paciente. Então mais uma vez mostra-se que é difícil, mas é possível, é viável. Dificuldade vai ter sempre, mas a gente sempre tem estar buscando formas de amenizar esses conflitos principalmente para fazer um bom trabalho em equipe e com responsabilidade. A realidade no Sofia Feldman, em Minas Gerais é diferente do que vivenciamos aqui no Paraná, são culturas diferentes, temos que aprender o nosso jeito de atender a população. Estamos em processo de construção, e a construção é feita tijolinho por tijolinho, se você levanta tudo de uma vez, cai, então tudo que a gente faz temos que fortalecer. Cada passo deve ser trabalhado. Não adianta querer fazer parto domiciliar com a ambulância na porta quando dentro da maternidade isso ainda não está fortalecido, se ainda tem profissionais que não acreditam no modelo, que abram a porta da maternidade e recebam com naturalidade. Então essa concepção ela é demorada e histórica, nada foi feito em um dia, e não vai ser a mudança do modelo que vai mudar de um dia pro outro. Se a gente hoje implantar um Hospital perfeito, com tudo funcionando quem não vai querer é a população, que ainda não desenvolveu essa cultura. Ainda hoje quando você fala com algumas pessoas que desconhecem o modelo da Rede Cegonha, elas não aceitam ser atendidas pelo enfermeiro pois acham que estão sendo mal atendidas, porque não é médico que está atendendo. E essa cultura demore talvez 10, 15 anos até que possamos ter uma população que diga que quer ser atendida por uma enfermeira e que as mães indiquem o parto normal para suas filhas, aí sim nós vamos estar num modelo em que a sociedade quer, a saúde pede e a saúde acredita.

## DSC- CATEGORIA C: PAPEL DA GESTÃO

Nós começamos a implantar a Rede Cegonha em março de 2013, isso ocorreu gradualmente. Foram contratados novos profissionais através de um processo seletivo simplificado com validade de seis meses e que foi prorrogado por mais seis meses Em novembro, no segundo semestre, nós fomos fazer parte do conselho curador e já tínhamos toda essa vontade de promover essa mudança, melhorando a nossa assistência. Foi sugerido ao conselho curador que nós implantássemos a categoria de enfermeiro obstétrico e foi aprovado pelo conselho, então a partir do dia 9 de dezembro nós iniciamos com este profissional. Fizemos o redimensionamento no Hospital, onde os enfermeiros generalistas que estavam no Centro obstétrico saíram para o Alojamento e pronto atendimento. Com exceção dos médicos, 90% dos profissionais sofreram uma mudança com o contrato já definido pelo processo seletivo público, dessa forma houve a necessidade de capacitar todos esses profissionais. Também houve capacitação com funcionários administrativos e da segurança com ênfase na humanização, um atendimento humanizado onde abordamos a Rede Cegonha e suas diretrizes, mas eu acredito que eles não devem aprender por obrigação. Essa sensibilização foi o primeiro passo da direção quanto à Rede Cegonha no processo de implantação, porque até então nós tínhamos uma ideia de que a partir da hora que a direção entendesse o que era a Rede Cegonha e as Boas Práticas, e que seria uma mudança de modelo de assistência, aí sim nós começaríamos a caminhar, além disso, também colocar pessoas capacitadas e que já conheciam o modelo de assistência. Quando entra um colaborador novo na maternidade eu gosto de conversar com ele, começo uma integração, e sempre falo que ele deve fazer para os outros o que gostaria que fizessem por você, para tratar as pacientes com respeito, carinho e afeto como ele desejaria ser tratado, sem se envolver emocionalmente, mas podemos ser carinhosos dentro do respeito e da ética. Então dentro da Rede Cegonha elaboramos protocolos e o primeiro foi sobre parto e nascimento descrito a partir da própria Rede Cegonha, das diretrizes da OMS e das boas práticas. Na construção dele participaram os enfermeiros obstetras, uma médica obstetra, uma pediatra e a gerente médica. Foi convidada toda a equipe médica, foi um protocolo aberto a toda equipe obstétrica com participação indireta da Secretaria Municipal de Saúde, a qual nos deu as diretrizes e o norte para que a gente trabalhasse o processo de contrato de gestão e o plano operativo. O segundo protocolo já avançou bastante e teve uma participação mais efetiva não só do médico, do enfermeiro, do gestor, mas de toda a equipe multiprofissional o que permitiu mudar o processo de uma forma mais tranquila. Além disso, criamos também uma espécie de orientação do conselho municipal de saúde, a comissão de acompanhamento do Bairro Novo semelhante a um conselho local formado por gestores, trabalhadores, usuários e de abrangência municipal possibilitando que a gente fosse mostrando nosso trabalho, discutindo as mudanças, e eles trazendo os resultados da comunidade. Também criamos um colegiado gestor, que não é só da direção, mas ele é ampliado com a equipe multiprofissional, se necessário chamamos outros profissionais para nos colocar as dificuldades, as sugestões com o objetivo de trabalhar melhor. Do colegiado gestor participam diretora geral, diretora técnica, gerente, médica, coordenadora administrativa e as coordenadoras do centro obstétrico e unidade de internação e PA, psicóloga, nutricionista, funcionária dos recursos humanos e discutimos os processos da maternidade. Por exemplo, quando abrimos a maternidade e tínhamos algumas dificuldades na recepção, então, chamamos a funcionária da recepção para que ela colocasse suas dificuldades e sugerir alternativas de melhoria, o processo

é participativo no sentido de que todos possam contribuir. Além disso, realizamos o curso de aleitamento materno, escrevemos Procedimentos Operacionais Padrão-Pop's, procurando definir tudo dentro das portarias, facilitando algumas questões pra nós. Hoje nós não temos um banco de leite, mas nós temos a sala de apoio ao aleitamento da mulher que está internada e se as funcionárias precisarem podem usar, nós também temos que entender as necessidades delas, funcionário feliz transmite felicidade. Sempre foi essa a minha visão, respeito com o colaborador. Nessa estrutura física construída há 16 anos, não foi previsto o descanso dos funcionários, nem sei se na legislação tinha isso descrito, mas o funcionário tem o direito de descansar, então a gente fez o cantinho da leitura, colocamos alguns colchonetes e na hora do almoço eles tem esse espaço, é direito deles, podem dormir, ler, jogar, cuidam da beleza, é um o momento deles. Uma estratégia que o Ministério da Saúde solicitou e eu como gestora atendi e colaborou muito, foi a visita em outras maternidades, por que você pode ler 500 artigos, ler o protocolo inteiro, assistir aqueles filmes de parteiras da Holanda, fica uma coisa muito subjetiva. No Sofia Feldman tive a oportunidade de acompanhar um parto que fez uma atonia uterina e eu fiquei muito assustada na hora, a gente colocou a mulher na ambulância, a enfermeira obstetra pegou o telefone, ligou para o médico da UTI do Sofia e falou que estava levando a paciente pois estava com atonia uterina, foi preparado o Centro cirúrgico, a porta da UTI estava aberta, nem precisamos passar pela recepção subimos direto, o sangue estava pronto e o caso esclarecido entre profissionais, enfermeiro e médico, o atendimento foi feito, registrado tudo conforme a lei e foi uma emergência atendida naturalmente. Mas hoje lá a enfermeira tem essa segurança, é um trabalho pioneiro que está em teste, ela sabe que ela tem o amparo do Hospital se tiver maiores dificuldades. Foi um período maravilhoso a minha experiência neste hospital. O próprio centro de parto lá é perfeito, o aprendizado adquirido, adequamos algumas coisas aqui, aos poucos, para que fossem mais tranquilamente aceitos e de forma gradativa. A organização do trabalho aqui é através de duplas, nós temos horários fixos e em cada período do dia temos um enfermeiro ou mais, o plantão vai bem conforme a afinidade entre os profissionais. O enfermeiro obstetra não é um protagonista da assistência, ele é um personagem e não funciona sem o profissional médico, quando prevê uma distócia, o enfermeiro precisa do médico para discutir o caso com ele e a afinidade faz com que quem ganha no final seja a mulher com uma assistência extremamente melhor. Os profissionais pegam o plantão juntos, já discutem junto um plano para aquela mulher, o partograma, é um trabalho em conjunto, participativo, assim como no Sofia. O parto que tiver intervenção não significa que não vai receber o cuidado do enfermeiro, mas ele vai atender essa mulher juntamente com o profissional médico. A nossa legislação é muito clara, não atendemos parto com distócia, e o profissional médico deve estar junto na assistência. Nós realizamos um monitoramento mensal através de indicadores assistenciais e planos de ação a fim de aprimorar nosso serviço e nosso maior desejo é trabalhar com pesquisa, está no nosso plano estratégico, nós iniciamos essa discussão e queremos escrever no mínimo um trabalho por ano, porque temos material suficiente e temos condições de fazer um estudo diferente. Nós temos todos os indicadores de boas práticas, acompanhamos as taxas de infecção, tudo que se faz no hospital e discutimos no mínimo em dois meses pra que a gente possa avaliar pelo colegiado gestor e é apresentado também para controle social, para a secretaria e chefia da unidade, a partir disso, eles colocam as dificuldades, uma das coisas que ficou mais evidente é a questão do contato pele a pele na cesárea que ainda não é feito. A área de abrangência das unidades são todas as do Bairro Novo, algumas do Boqueirão e algumas do Pinheirinho. Hoje nós atendemos em média 272 internamentos, ele oscila de 210 a 300, o máximo que nós atendemos foram 327. O apoio e assessoramento com que nós trabalhamos faz com que a gente não abandone nossos processos, porque nós temos os apoiadores no Ministério da Saúde que nos fazem visitas sem avisar e avaliam o processo de trabalho. Nas reuniões com as maternidades e Ministério da Saúde são discutidos as atividades e tem um plano de ação para ser trabalhado conforme a evolução de cada maternidade. Então a gente faz a pactuação, depois eles voltam pra fazer a avaliação. Além disso, tem os fóruns perinatais para discussão e isso também é para nós uma cobrança para estar melhorando, porque não da pra desmotivar, tem sempre que manter a qualidade e as enfermeiras trabalham muito nessa parte de aprimoramento. Foi realizada uma avaliação em diversos hospitais inclusive na maternidade pelo Ministério da Saúde e percebemos pela fala, que as dificuldades que tiveram em outros lugares nós também tivemos aqui e que nós conseguimos avançar da mesma forma que eles conseguiram. Uma das coisas que a gente precisa sempre lembrar que é fundamental para que o serviço desperte e para que a gente consiga evoluir, é o apoio do gestor da Secretaria Municipal de Saúde, sou grata ao Secretário de Saúde que em todos os momentos nos apoiou para que realmente acontecesse essa mudança na instituição. No processo de implantação tivemos vários aspectos facilitadores, o apoio da gestão, desde secretário de Saúde que acreditou no nosso trabalho, as contratações novas, a administração da Fundação, a escrita de protocolos e Pop's que direcionam os caminhos, é uma referência de como você vai conduzir o processo e isso tem facilitado. Inicialmente quando eu tive contato com a Rede Cegonha, nós tivemos uma reunião em nível de gestor, com a Secretaria Municipal de Saúde, fomos convidados pra começar a conversa sobre a Rede Cegonha, com essas informações, mas foi muito rápido. Eu acredito que toda mudança tem um start e que deve haver um planejamento para ser conquistada. Eu como gestora deste Hospital estou satisfeita com aquilo que a gente tem proposto até hoje, temos muito mais para conquistar, podemos fazer muito mais pelas nossas pacientes. O hospital já vinha trabalhando de uma maneira com uma gestão diferenciada, já estávamos em período de adaptação, foram muitas ao mesmo tempo. Neste processo algumas pessoas tem uma resiliência maior, a gente tem que respeitar o tempo de cada indivíduo. Na nossa experiência a gente estava com uma mudança de gestão, mudança do corpo clínico, o hospital era gerenciado por uma empresa que foi mudada, e as mudanças de gestão vão identificar o Hospital com coisas boas e coisas ruins como em todos os lugares. Um ano para todas essas mudanças na saúde é um período muito curto. Hoje a gente já esta com dois anos funcionando Rede Cegonha, e eu acredito que fizemos muitas mudanças positivas, temos um volume

maior de pacientes atendidas aqui, em alguns momentos tínhamos que ter mais profissionais porque gostaríamos de aumentar o atendimento.

## DSC- CATEGORIA D: ESTRATÉGIAS

Uma das estratégias que usamos foi preparar um envelope com as diretrizes da Rede Cegonha e entregar para os médicos para que eles assinassem que estavam cientes e que a partir de determinada data entraria em vigor e seria feito daquela maneira. Eles foram convidados a descrever junto os protocolos e não participaram, então a gente fez pra que eles tomassem conhecimento e, se tivessem alguma dúvida, entrassem em contato, porque nós enquanto maternidade, gestão, iniciariamos um novo modelo de assistência a partir daquela data. Foram entregues os documentos e na data pré-determinada, começamos a atender daquela maneira. E nós enquanto gestão, continuamos apoiando, junto com os enfermeiros obstetras para que esse modelo, num primeiro momento, fosse imposto. E isso gerou a discussão da parte dos médicos e quando eles vinham reclamar, eu falava "bom, o protocolo é esse, a Rede Cegonha é essa, esse artigo diz isso, se quiser nós podemos marcar uma reunião e fazer uma revisão desse protocolo, sem problema algum, nunca foi um protocolo fechado que nunca vai mudar". Então houve uma reunião com toda a equipe pela primeira vez, com os anestesistas, enfermeiros obstetras, os médicos, alguns enfermeiros assistenciais e a direção, para prestar apoio ao modelo de assistência. Foram colocados todos os aspectos, os enfermeiros falaram das dificuldades, os médicos falaram do que não concordavam, os anestesistas falaram do jejum, que não aceitavam que a mulher se alimentasse durante o trabalho de parto então foram pactuadas algumas coisas pra que a gente pudesse continuar. O papel do enfermeiro obstétrico não era apenas fazer o parto, mas fazer a supervisão da equipe do centro obstétrico, ele ficaria dentro do centro obstétrico iniciando o trabalho com o parto humanizado, dando oportunidade para que os profissionais médicos tivessem seu tempo otimizado com as questões de maior gravidade e deixassem que o enfermeiro cuidasse da mulher desde a hora que ela internasse até a hora do nascimento. Então o que a gente sempre buscou trabalhar na maternidade é que cada um tenha o seu espaço, seus limites e sua autonomia sempre com limites e respeito. Sempre que temos novos profissionais, nós temos que estar conversando. Na vontade de fazer funcionar, às vezes, a gente acaba deixando de lado aquilo que é difícil, a gente pode aprender com os erros. Devemos valorizar quem está chegando com novas propostas com novos conhecimentos, com várias qualidades várias coisas boas. Para a equipe médica, a gente sempre quer oferecer mais, acho que capacitação, as oportunidades de vivenciar outras maternidades que tenham essas práticas; então o dia em que ele está de plantão aqui a gente tenta oferecer um pouco de conhecimento do que a gente está querendo, marcamos reuniões que sempre acabam às seis da noite. Eles trabalham o dia inteiro e participam, quem vai estar de plantão pode participar, a gente faz isso pra que quem estiver de plantão fique direto ali também. E tem a capacitação da equipe de enfermagem também. Acho interessante que os profissionais pudessem ter um momento fora daqui, porque em um ambiente diferente poderiam desenvolver um pouco mais de amizade, claro que a gente tem que pensar como profissionais, mas às vezes um momento de descontração pode dissipar alguma situação de atrito durante o trabalho e isso é pra qualquer um dos profissionais do hospital e para o gestor. Quando os nossos indicadores caem um pouquinho a gente senta, discute e busca novas estratégias. Então, por exemplo, quando saiu à portaria do contato pele a pele, nós já fazíamos isso, fomos criando ferramentas que auxiliassem, hoje o pediatra começou a examinar o bebê em cima da mãe, mas ele acha que às vezes precisa tirar rapidamente naquele processo que o bebê fica cianótico, foi colocado um bercinho do lado da cama da paciente onde é só tirar o bebê, examinar se necessário e colocar de volta na mãe. Tivemos a felicidade de poder contratar enfermeiros obstetras, inclusive com salário diferenciado. Isso é diferente, poderíamos colocar o enfermeiro generalista, mas esses não realizam o parto, eles ficam no alojamento, na classificação de risco, no Pronto Atendimento, eles podem ficar no CO, mas eles não fazem todo aquele procedimento que é feito e é delegado ao enfermeiro obstetra. Outra estratégia do Ministério da Saúde foi levar os enfermeiros obstetras para um curso de imersão e aprimoramento. Mas pra que isso acontecesse, nós precisávamos estar visitando outros serviços e nós encaminhamos a possibilidade de duas enfermeiras, além da visita técnica, ficar durante 15 dias cada uma, no Hospital Sofia Feldman via Ministério da Saúde. Eles convidaram profissionais por regiões, Porto Alegre, Santa Catarina e Paraná. Uma terceira enfermeira ficou 15 dias no Rio de Janeiro em outra instituição de referência para o parto humanizado, onde nós trouxemos e implantamos esses processos de uma forma mais tranquila, porque nós vimos como funcionava lá e adequamos aqui. Eu fui convidada, peguei minha mala e fui ao Hospital Sofia Feldman, isso fortalece a gente sendo gestor porque você acredita mais ainda, que é possível você ver teus colegas lá com 100% de autonomia, lá eles tem dificuldades com o processo de trabalho, mas a descrição do processo funciona. A partir dessa vivência eu como gestora me fortaleci mais ainda, acreditando que é possível desenvolver a autonomia, que é possível a gente chegar lá na multidisciplinaridade. É possível e nós estamos conseguindo. A gente começou o resgate dos médicos, porque eles são importantes tanto no nascimento quanto no puerpério e tão importante quanto o nascimento, é o primeiro acolhimento no PA. A gente começou esse trabalho com os enfermeiros generalistas. No PA não existia a classificação de risco, nós fomos a primeira maternidade de Curitiba a implanta-la, o que faz com que a mulher que realmente precise de um atendimento imediato não fique sentada chorando na porta, esperando a vez dela para ser chamada. Para a implantação desta classificação, nós seguimos o modelo inicialmente do Sofia Feldman. Depois, quando veio a portaria do ministério, a gente já estava bem tranquilo. Foram conversados com os médicos, eles fazem a orientação que cabe a eles e o enfermeiro faz a consulta no puerpério imediato. São situações que a gente vai trabalhando, vai pensando no que a gente pode melhorar e

vamos mudando gradativamente. O trabalho em rede é fundamental, não adianta a gente querer trabalhar só dentro do Hospital nós precisamos dar suporte para as equipes das unidades. Nós amadurecemos a ideia e fizemos uma capacitação das doulas, elas são voluntárias e vêm conforme elas podem, em determinados horários, podendo trabalhar uma carga máxima por semana. A doula se somou à equipe, porque quando você capacita muito bem ela acaba sendo bem aceita pela equipe. As mulheres adoram as doulas, quem que não vai gostar de alguém que te mimma o tempo todo, providencia massagem, que acompanha, que está ali o tempo todo apoiando, segurando na mão, incentivando, leva ao banheiro. Foi um grande avanço que nós conseguimos. Além disso, a Fundação abriu campo para residência de Estratégia de Saúde da Família e residência multi em geriatria, aproveitamos a oportunidade e abrimos a residência de enfermagem obstétrica, e hoje estamos com três enfermeiras na residência obstétrica, isso tem nos ajudado a formar pessoas que serão multiplicadores do modelo, então isso é gratificante. Também temos cursos técnicos. A gente tem procurado buscar o lado da humanização do parto, e toda essa mudança para melhorar a saúde da mulher. Houve a sensibilização das equipes, começando pela recepção, porque o enfermeiro da classificação está lá dentro e não enxerga lá na recepção, então a primeira capacitação, o acolhimento, mesmo antes da classificação, faz parte da recepção administrativa do Hospital, se eles veem uma mulher com dor, choro, desespero eles tem que levantar e chamar a enfermeira e falar "olha, venha aqui que eu acho que ela precisa do seu apoio". Então a gente entra na multidisciplinaridade, sai da equipe de saúde e entra na equipe administrativa, no segurança lá na frente ao abrir uma porta de um carro para uma mulher descer, vir aqui correr buscar a cadeira de rodas, chamar o técnico de enfermagem para que ele venha "olha essa mulher não está conseguindo descer, está com dificuldade" e não esperar que essa mulher desça e tenha 10 contrações ali fora porque não consegue sentar na cadeira. O cuidado da mulher envolve as outras equipes, porque a própria violência obstétrica pode ser cometida por qualquer pessoa e não somente pelos profissionais da área da saúde. Até o segurança pode cometer uma violência obstétrica, então ele deve receber a orientação de como atender uma mulher, ele não presta assistência, mas faz esse acolhimento, chama o técnico de enfermagem, comunica a equipe e fala "Olha, essa mulher não está conseguindo entrar na maternidade, alguém pode ajudar a gente lá fora." Porque eles não podem fazer o transporte, mas eles podem avisar a gente, até porque nem toda a nossa população alvo tem carro. No IHAC, o Hospital Amigo da Criança, por exemplo, todos os funcionários, inclusive os terceirizados, são capacitados com a questão do aleitamento. Há uma capacitação formal e nas questões de humanização, nós fazemos uma integração com o pessoal que fica ali na frente, na portaria e na recepção, é um acolhimento na recepção. O acolhimento foi resultado de um longo percurso porque acolher é diferente de recepcionar. Estamos em um Serviço de Saúde e nós temos que acolher e não recepcionar, seguir sempre esse princípio. Eles conseguem entender porque determinadas mulheres a gente tem 10 minutos pra atender, outras 20 minutos, e aquelas que podem esperar por horas, 2 horas, 3 horas, 4 horas. Então eles entendem, concordam com o processo, mesmo que eles não tenham nada a ver com a classificação de risco, eles compram a ideia, acreditam no trabalho. Nós também discutimos o modelo da Rede Cegonha, dos direitos da mulher, que deve participar do seu plano de cuidados e deve passar por uma educação durante o pré-natal. Fazemos a visita da gestante um pouco diferenciada, realizando uma oficina e a gente tenta conseguir a presença do marido ou da mãe dessa mulher na maternidade, então nós apresentamos a estrutura física e falamos como que nós trabalhamos em todo esse processo. No final de 2014 a gente implantou a consulta na 37.<sup>a</sup> semana co o enfermeiro da maternidade, tendo em vista que a mulher precisa ser participativa no cuidado dela. Porque não adianta você mudar o modelo de assistência se a população não acredita nisso e é justamente isso que a gente trabalha, que a autonomia vem do conhecimento, então começamos mudando o modelo da visita das gestantes. O Programa Mãe Curitibana prevê que você mostre o ambiente que ela vai ganhar o bebê, para ela se sentir segura e na verdade a gente abre o nosso processo de atendimento para ela conhecer como nós trabalhamos, ela conhece a estrutura física da maternidade, mas o nosso foco é em seu corpo, ela tem autonomia sobre ele. Nós explicamos o que temos para oferecer, conhecemos quais são suas expectativas, porque às vezes a mulher vê no Google que tem piscina, a banheira, mas nós não temos isso hoje, nós trabalhamos com ambiência e não com o ambiente, temos que dar para essa mulher tudo que ela precisa em uma estrutura física adequada. Na visita à maternidade a gente conversa com a gestante sobre o que é o colo do útero, a dilatação, essa visita é ofertada na segunda de manhã, terça a tarde e quarta a noite, isso porque a gente esbarrou na situação de que elas não vinham de dia porque elas teriam que faltar ao emprego, então para aumentar o número de mulheres, a gente abriu a visita noturna e hoje a gente tem agenda aberta, a mulher liga e escolhe o horário que é melhor pra ela, isso melhorou ainda mais, não atingimos os 100% que a gente gostaria. Por isso veio a ideia da consulta da 37.<sup>a</sup> semana com o enfermeiro, já abrimos para todas as unidades agendarem a consulta. É uma consulta individual pra gestante, onde se coloca as boas práticas, os seus direitos, o que ela pode o que não pode, quando poderá ter uma intercorrência e qual é a atitude do médico. A comunicação é importante, porque às vezes a mulher não sabe dos seus direitos, cabe a nós profissionais esclarecer isso. Às vezes ela já teve outro bebê e foi feito tricotomia, enteroclistma e ela acha que vai ser da mesma maneira, e se a gente não fala para ela dos seus direitos, das escolhas quanto à posição, acompanhantes e ao respeito individualizado, ela não vai saber. Devemos orientar as mulheres sobre os cuidados que ela pode ter como um todo, desde o CO até a sala de práticas integrativas. Quando estamos conversando, temos que respeitar a opinião da mulher, mas em alguns momentos também há a necessidade de ser realizado um procedimento, e tudo isso é colocado pra mulher. Também é feito o plano de parto com a mulher, é um momento em que ela tira suas dúvidas. A gente vai tentando captar as gestantes de alguma maneira, precisamos ter esse primeiro contato antes do trabalho de parto para ter uma conversa, já tentamos fazer a oficina do plano de parto, foi legal, funcionou, só que o número foi reduzido, então é o que a gente faz, a qualquer momento na maternidade é hora da sessão de parto, se ela vem pra uma consulta por uma infecção urinária, ela passa pela consulta, uma enfermeira lá na frente fica de olho, "você tem um tempinho?"

Essa mulher é encaminhada para sala de práticas integrativas lá atrás, onde ela faz um escalda pés, relaxa, e uma outra enfermeira é chamada para fazer uma consulta, começa a conversar, fala do plano de parto, convida ela pra vir quantas vezes ela quiser na sala de práticas durante a gestação, para que a gente forme um vínculo com essa mulher e para que ela chegue na maternidade, no dia do nascimento mais empoderada. Às vezes a mulher já chega num estágio mais avançado de trabalho de parto e ela não vai te ouvir, não vai conseguir assimilar toda essa informação e nem é hora de a gente ficar falando muito. É hora de dar mais apoio psicológico e falar sobre o que está acontecendo com ela naquele momento, não de ficar falando da fisiologia da gestação, do que pode ou não. Então a estratégia foi aparecendo a partir dos erros e acertos, vamos transformando todos os momentos em possíveis captos para que a gente tenha essa conversa com a mulher. O plano de parto trata das boas práticas, dos direitos das mulheres, da livre escolha de posição, enfim, nós conversamos com ela assim: veja, você está grávida, a fisiologia do parto é essa, teoricamente nossas mulheres são de baixo risco. tem o parto normal, a cesárea é uma cirurgia ótima, maravilhosa que está disponível se acontecer alguma intercorrência, você tem direito a ela, mas em uma situação de emergência, não é uma situação fisiológica tirar o bebê antes da hora. Com isso ela consegue entender que para o bebê dela não é bom e a mulher nunca quer o que não é bom para o seu filho. Na visão das mulheres o SUS espera até o neném estar muito mal pra fazer a cesárea, e isso não é verdade, quando a gente prevê uma possível complicação ou quando ocorre, imediatamente ela é encaminhada para uma cesárea, então até aquele momento X o bebê estava bem e ela estava bem. Com esse diálogo elas conseguem se sentir mais seguras. A partir do momento que a gente fala que tem analgesia, mas que o bebê nasce sonolento, que é melhor deixar para o final, que existem métodos não farmacológicos, que a gente pode ir conversando sobre isso, ela sente segurança e se ela pedir vai ter. Mas ela já fez escalda pé, testou os métodos não farmacológicos e sabe que tem o desconforto do final da gestação. Existem algumas técnicas que já começam a ser feitas em casa. As mulheres aqui, por exemplo, levam um pacotinho de sais que a gente prepara pra fazer em casa a cada semana. Existe até uma receita de chá de uma parteira mexicana, e se a mulher quiser tem umas coisas a mais que a gente coloca que elas adoram. A gente faz isso pra elas e tudo isso remete ao passado, quem atendia o parto? A parteira, a mãe da mulher, uma amiga, uma pessoa muito próxima que ajudasse a cuidar dela durante o puerpério, então é aquele cuidado que faz a mulher se sentir especial, ela começa a formar o vínculo em consenso com a gente. A gente começou com coisas básicas, pequenas tipo o banho de ofurô do bebê, o acompanhante que nós implantamos até às 22 horas, tentamos deixar a noite toda, mas deu problema com a segurança até às 22h, então o Ministério da Saúde nos solicitou que nós tentássemos uma nova experiência, e nós acabamos liberando o acompanhante a noite toda 24 h de livre escolha da mulher, podia ser marido, avó, mãe, enfim a mulher trouxesse quem ela quiser se ela quisesse ficar sozinha, também poderia ficar sozinha, essa foi mais uma meta atingida e que deu certo. Ao mesmo tempo eu acredito que a nossa maior ferramenta é o colaborador, e a gente sempre trabalha a questão do respeito e da humanização. Quando inauguramos, por exemplo, a sala de práticas que tem escalda pés, os primeiros que fizeram foram os funcionários, essa parte dessa sala foi criada no ano passado, em outubro, nós damos a oportunidade tanto para as mulheres quanto para os nossos funcionários, pensando também no bem estar deles, e ela foi adaptada porque foi percebido lá em BH, no Sofia Feldman, como trabalhavam e nós fizemos uma adaptação dentro daquilo que foi permitido. Todos os funcionários têm direito a dois escalda pés por mês. Quando está tranquila a maternidade eles até fazem mais, chega de tarde lá tá o funcionário com o pé na água. E por que eu vou tratar a mulher que está internada tendo bebê bem e vou tratar nosso funcionário mal? Nós temos algumas técnicas de enfermagem que tem curso de massoterapia e elas fazem dia da massagem, a gente monta um espaço lá atrás e é o dia delas. A gente tem alguns convênios com salão de beleza, com estagiário do curso do SENAC, eles vem com secador e fazem escova, unha, é uma alegria. Claro que a gente faz uma escala, sem nenhum déficit na assistência. Mas isso é a valorização da nossa mulher trabalhadora. Hoje nós estamos trabalhando com a infraestrutura para a separação um pouquinho melhor, porque a mulher precisa deambular. Ela deambulava no centro cirúrgico e neste espaço a gente já criou uma separação e vamos ampliar um pouquinho. Nós abrimos as portas do C.O para que as mulheres pudessem caminhar livremente, criamos um jardim externo, onde ela pode sair, ir pra sala de práticas e fazer uma caminhada nesse jardim. Então são algumas estratégias que nós usamos até para alívio de dor, pra que ela se sinta mais confortável, amparada e acolhida. Quando ela se sente acolhida, bem tratada, acho que não tem coisa melhor pra ninguém, o SUS oferece atendimento diferenciado. Tem outras coisas que a gente faz, como a pintura da barriga, barriga de gesso, a árvore genealógica que é a fotografia da placenta pra elas levarem pra casa, então tudo isso foi sendo mudado. A paciente interna no primeiro momento vai paro CO para a admissão e avaliação e quando está no início do trabalho de parto e está se sentindo bem, está deambulando, ela é encaminhada para a sala de práticas integrativas. Nesta sala, ela vai fazer escalda pés, vai receber uma massagem, tem a musicoterapia, tem o aroma, então é um lugar que acalma muito a paciente. Antigamente no CO a gente tinha muita paciente internada em decúbito dorsal, esperando as dores, agora ela vai deambular, vai pra sala de práticas sempre acompanhada e nisso o trabalho de parto vai se desenvolver, e ela vai ter um relaxamento e ela retorna ao CO para ser reavaliada. Durante o trabalho de parto tem outras práticas que são feitas que auxiliam a paciente e respeitem o momento dela: a bola, a música, a penumbra, varias coisas que deixam a paciente mais tranquila, com conversas diminuída, a paciente também pode fazer a toquinha pro bebe que vai ser colocada quando nascer. A gente pede para o acompanhante que esteja ali, orientar para que ele não seja apenas um acompanhante, seja coparticipante com a mãe, porque ele está ali para dar apoio e não pra ser um expectador. Na hora do parto é chamado o pediatra, nós temos pediatras 24horas. Nasceu é colocado em contato pele a pele, o pediatra avalia em cima da mãe. Para que fique o contato pele a pele durante uma hora, os procedimentos são todos depois que o bebê já teve esse momento de contato pele a pele, claro se houver alguma intercorrência o pediatra vai levar o bebê pra ser examinado, avaliado e tomada conduta, mas

caso contrário vai ficar com a mãe. E o bebê junto com a mãe vai para o alojamento conjunto, onde é orientada a amamentação logo após o nascimento.

## DSC-CATEGORIA: E RESULTADOS

Nós tivemos sorte porque as pessoas que passaram no nosso processo seletivo, são maravilhosas, têm um conhecimento amplo e prático do enfermeiro obstetra. Nós temos enfermeiros que atendem parto domiciliar há 10 anos, e mas 50% da equipe com muita experiência se uniu e ajudou na formação dos menos experientes. Hoje eu vejo que a maternidade evoluiu e a enfermagem se fortaleceu com autonomia e posicionamento do enfermeiro com relação de colaboração e não servidão da classe médica. Esse processo foi melhorado principalmente quando os médicos e os enfermeiros obstetras começaram conhecer melhor o trabalho um do outro, e houve uma relação de confiança mútua. Quando o enfermeiro tem alguma dificuldade ele aciona o médico e este imediatamente dá continuidade ao atendimento. No início os enfermeiros obstetras atendiam poucos partos e hoje ele atende 69% dos partos, o que significa bastante para nós, pois sabemos como é feito o atendimento desta mulher. Hoje os acadêmicos de medicina atendem partos sem distócia com a enfermeira obstétrica, na cama, sem episiotomia, na penumbra, com música, respeitando a mulher e seu acompanhante e colocando o bebê sobre a mulher, ações difíceis de ver antigamente. Hoje nós temos por volta de 5 mil nascimentos desde 2013, se 2 mil mulheres foram atendidas por enfermeiros, então 100% delas tiveram boas experiências e vão compartilhar com suas filhas e netas. Em 2013, 20% dos médicos simpatizavam com o nosso trabalho, hoje em torno de 50 a 60% acreditam nele, com isso a gente foi formando pessoas, as que não se adaptaram saíram e a gente foi formando mais adeptos ao modelo Então entre simpatizar e acreditar existia uma a fala "é tão bom trabalhar com uma enfermeira obstetra, ela cuida tão bonitinho", hoje reconhece que ela não só cuida, ela atende. Tem médicos que ficam tranquilos com a enfermeira obstetra sozinha no centro obstétrico, porque se houver uma distócia ela vai chamar ele, tem essa relação de confiança. Então hoje se ficar aqui na porta, você vê as meninas da recepção levantando, indo ali na porta receber a mulher e chamar a enfermeira, isso é acolhimento. Então descrevendo o nosso protocolo e ele tem funcionado bem tranquilamente, raras vezes que a gente não conseguiu fazer a classificação de risco, mas é feito 90% da classificação. Não houve resistência, nem da parte dos profissionais, nem da parte da população, foi bem aceito, e não temos aquela briga de querer passar na frente. Ali é bem sossegadinho cada um já sabe a necessidade, e isso tem ajudado bastante. Nós percebemos melhoria no processo de trabalho porque os retornos reduziram e temos avaliado tudo isso, porque houve maior integração e mais segurança da mulher, implantamos a consulta do enfermeiro na alta da puerpera, onde ela conversa com a mulher, explica mais, tem mais tempo de ficar ali com ela, tira as dúvidas, faz exame físico, deixa tudo prontinho para a alta, o médico faz a prescrição e a enfermeira faz a prescrição que cabe a ela e se coloca a disposição se tiver alguma dúvida, e a mulher volta em 9 ou 10 dias à unidade para dar continuidade, isso foi um facilitador para nós. No começo foi bastante difícil, a parte da posição da mulher para ter o bebê, ela escolher a posição; episiotomia também que era um procedimento rotineiro e que enfermeiras obstetras mostram com o tempo que não há necessidade de fazer. Então são simples ações que trazem bons resultados. Eu acho que nós temos muito ainda que avançar, o Sofia Feldman está bem mais avançado que nós em algumas questões, mas hoje a gente tem essa tranquilidade de falar que nós fazemos um serviço de segurança, com evidência científica e para nós é muito gratificante ver a satisfação das mulheres e da família e o nosso maior desejo é que seja mantido esse modelo disseminado na maternidade, seja pelo gestor ou pela equipe toda, mas que os processos não mudem, porque a gente confirma tudo isso através dos indicadores, das taxas de satisfação, que isso traz benefício pra população e pra mãe. Muitas pacientes querem ter os seus bebês aqui, porque a maternidade tem sido bem vista, por isso a gente gostaria de aumentar a nossa capacidade, porém a estrutura física e RH não permitem. É interessante quando a paciente tem alta e conversa com outra, e aos poucos elas querem vir pra cá, hoje elas têm muito mais aqui do que uma paciente de convênio, o tipo de atendimento, a atenção no puerpério, no acolhimento, na qualidade do atendimento de uma maneira humanizada, diferente do que era antigamente, o tratamento individualizado. Para o alívio da dor a gestante tem métodos não farmacológicos, tem o acompanhante o tempo todo, logo que nasce tem o contato pele a pele, tudo isso é compromisso, mas tudo que a gente faz com mais carinho a gente pode fazer de uma forma melhor! A paciente tem ficado satisfeita com o que tem acontecido, tanto pela parte da equipe médica quanto pela parte da equipe de enfermagem, Isso vale para quem possa vir à maternidade, nós não atendemos como qualquer outra maternidade, não desmerecendo as demais, é claro que tem algumas situações e questões como nos outros hospitais, mas de qualquer maneira a gente evoluiu muito na questão humanização, não só para as pacientes, mas também para os funcionários, no entanto a gente não pode oferecer o que a gente não tem.

## 4.2 INDICADORES DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

Nesta seção serão apresentados os indicadores sobre a assistência obstétrica após a implantação da Rede Cegonha.

Os indicadores estão apresentados em duas categorias: os pactuados no contrato de gestão entre a Secretaria Municipal de Saúde-SMS e a FEAES; e os demais indicadores específicos da assistência obstétrica recomendados pela Rede Cegonha.

### 4.2.1 Indicadores do contrato de gestão

O contrato de gestão 331 do Fundo Municipal de Saúde (FMS) assinado no ano de 2015 entre a SMS e FEAES tem como objeto a assistência à saúde prestada integralmente à mulher no processo de parto e nascimento pela Maternidade Bairro Novo e aborda claramente o modelo assistencial trabalhado na maternidade

As portarias que direcionam as ações a serem implantadas pela gestão, apresentam-se no QUADRO 9.

QUADRO 9 - PORTARIAS QUE REGULAMENTAM A ASSISTÊNCIA NA INSTITUIÇÃO E RESPECTIVAS EMENTAS, CMCBN, 2015

PORTARIAS	EMENTAS
Portaria 371/2014/ MS/SAS (BRASIL, 2014b)	<i>Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS).</i>
Portaria 1.153/ 2014/MS/GM (BRASIL, 2014c)	<i>Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).</i>
Portaria 1.459/2011/MS/GM (BRASIL, 2011c)	<i>Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.</i>
Portaria 2.351/2011MS/GM (BRASIL, 2011d)	<i>Altera a Portaria n.º 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha.</i>
Portaria 650/2011/MS/SAS (BRASIL, 2011e)	<p><i>Considerando a Portaria n.º 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011, que instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, resolve:</i></p> <p><i>Art. 1.º Dispor sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha, que são os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da rede, assim como para o repasse dos recursos, o monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha, conforme consta no § 2.º do Art. 8.º da Portaria n.º 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011, que instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha.</i></p> <p><i>Art. 2.º O Plano de Ação Regional deverá ser elaborado após a realização de análise da situação da saúde da mulher e da criança de cada Município da região, e da elaboração do Desenho Regional da Rede Cegonha, conforme Art. 8.º da Portaria n.º 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011.</i></p>

FONTE: Contrato de gestão (Fundo Municipal de Saúde, 2015 )

Os indicadores pactuados no contrato de gestão são:

- Número de internamentos/mês;
- Taxa de ocupação Média de permanência-Alojamento conjunto;
- Taxa de cesárea;
- Taxa de satisfação das usuárias nas unidades de internação
- Número de ecografias disponibilizadas;
- Teste do pezinho;
- Teste da orelhinha;
- Teste do coraçãozinho;
- Taxa de aleitamento materno exclusivo.

- Importante ressaltar que a SMS e os apoiadores<sup>2</sup> da Rede Cegonha do Ministério da Saúde acompanham a implementação das Boas Práticas no atendimento ao parto e nascimento, para manutenção do modelo assistencial.

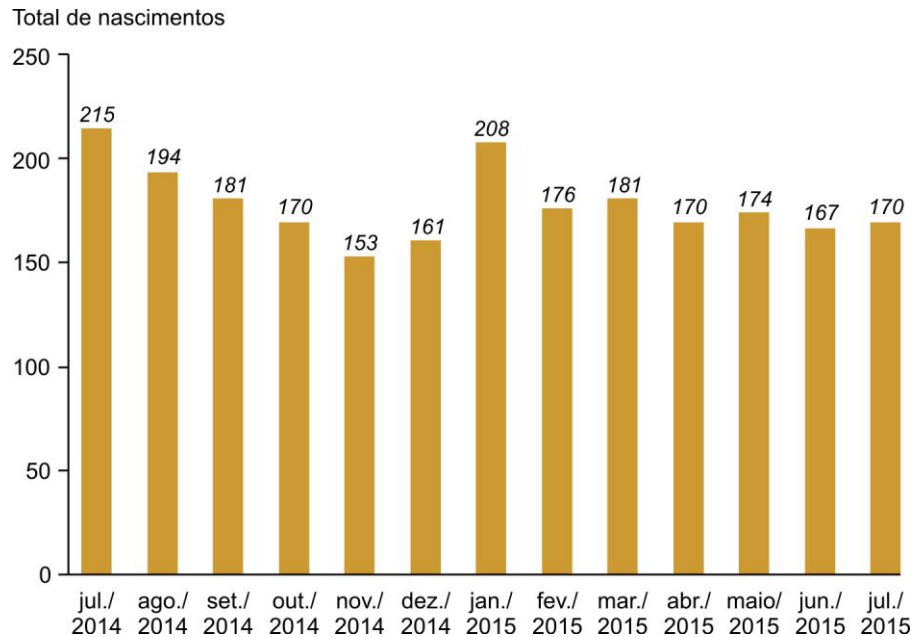
#### 4.2.2 Indicadores específicos da assistência obstétrica

A maternidade atendeu no período de julho de 2014 a julho de 2015, em média 178 nascimentos por mês. A distribuição mensal destes nascimentos está apresentada no GRÁFICO 1.

---

<sup>2</sup> Apoiadores da Rede Cegonha são profissionais que participam do processo de reflexão e proposição de mudanças nas práticas de cuidado e apoiam intervenções que visem mudança nestas práticas, bem como na gestão dos serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

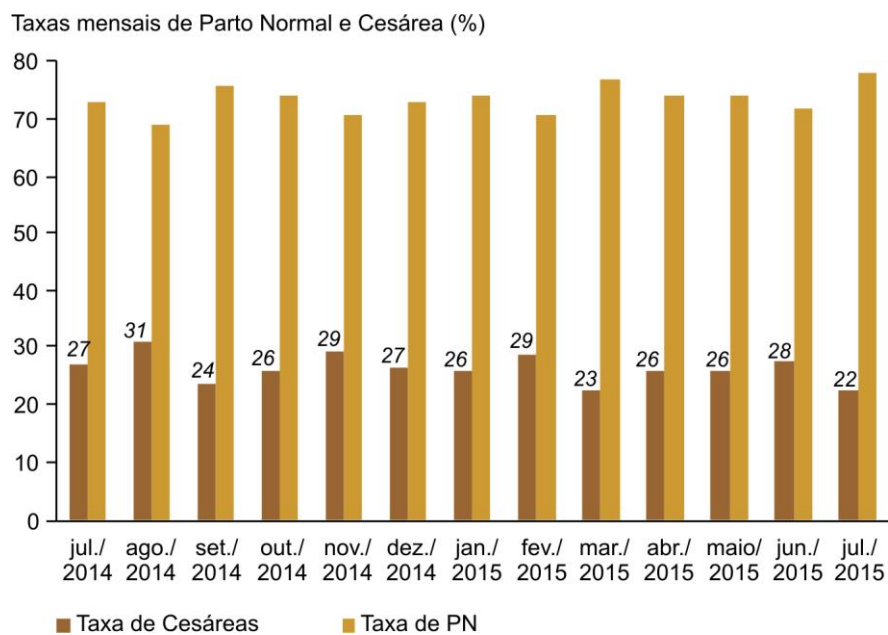
GRÁFICO 1 - TOTAL DE NASCIMENTOS ATENDIDOS MENSALMENTE NO CMCBN – CURITIBA-PR – JUL./2014 A JUL./2015 (n=2320)



FONTE: CMCBN (2015)

O GRÁFICO 2 indica as taxas das vias de nascimentos (parto normal e cesariana) que ocorreram no período de julho de 2014 a julho de 2015. A menor taxa de cesárea foi no mês de julho de 2015 com 22%, e a maior taxa em agosto de 2014 com 31%, com uma média no período estudado de 26% do procedimento.

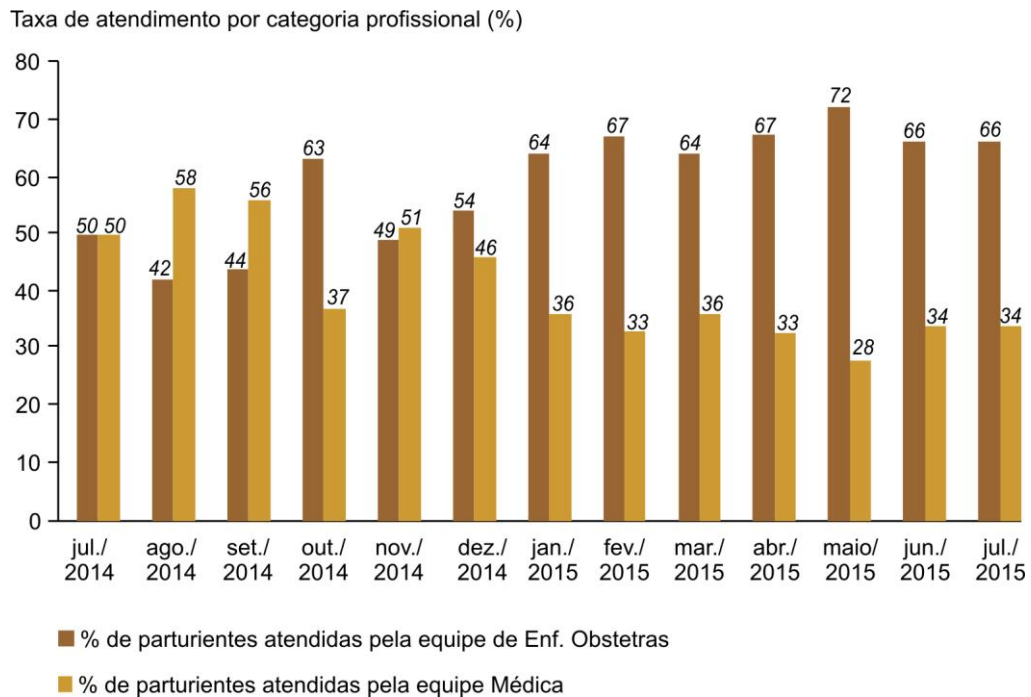
GRÁFICO 2 - TAXAS MENSIS DE PARTO NORMAL E CESÁREAS NO CMCBN – CURITIBA-PR – JUL./2014 A JUL./2015 (n=2320)



FONTE: CMCBN (2015)

No modelo de atenção obstétrica estabelecido pela gestão, os profissionais que atuam no atendimento ao parto são médicos obstetras e enfermeiras obstétricas. O GRÁFICO 3 apresenta o percentual de partos normais atendidos por profissionais destas duas categorias no período estudado.

GRÁFICO 3 - TAXAS DE ATENDIMENTO AO PARTO NORMAL POR CATEGORIA PROFISSIONAL NO CMCBN – CURITIBA-PR – JUL./2014 A JUL./2015 (n=1709)



FONTE: CMCBN (2015)

Em julho de 2014 o atendimento foi de 50% para cada categoria profissional. A partir de dezembro de 2014 até julho de 2015 o atendimento ao parto pela enfermeira obstétrica se manteve acima de 54%, destacando-se em maio de 2015, com 72% dos partos atendidos por estas profissionais. Interessante ressaltar que exatamente depois de 6 meses da integração destas profissionais no quadro funcional, elas passam a atender em todos os meses, mais da metade dos partos.

Dentre as Boas Práticas recomendadas pela OMS e Rede Cegonha no atendimento ao parto e nascimento, destaca-se no QUADRO 10, as práticas monitoradas pela maternidade dentro da **Categoria A**.

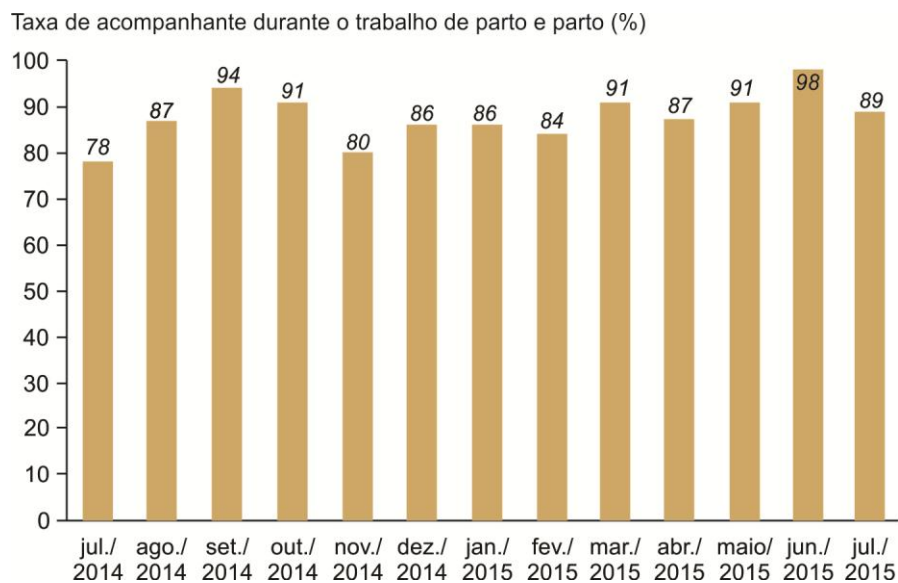
QUADRO 10 - PRÁTICAS RECOMENDADAS PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E REDE CEGONHA, CATEGORIA A

Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas:
▪ Acompanhante durante o trabalho de parto e parto
▪ Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor
▪ Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e parto
▪ Estímulos a posições não supinas durante o trabalho de parto e parto
▪ Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho, imediatamente após o parto

FONTE: OMS (1996); BRASIL (2011)

Dentre estas práticas está o respeito à opção da mulher de ter um **acompanhante** durante o trabalho de parto e parto. No GRÁFICO 4 estão representadas as taxas mensais de mulheres que contaram com a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto normal.

GRÁFICO 4 - TAXAS DE ACOMPANHANTES DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO NORMAL, CMCBN – CURITIBA-PR – JUL./2014 A JUL./2015 (n=1709)



FONTE: CMCBN (2015)

É possível verificar que, em julho de 2014, 78% das mulheres tiveram acompanhante durante seu trabalho de parto e parto. Esta taxa se elevou gradativamente durante período estudado, com seu maior índice em junho de 2015, quando 98% das mulheres tiveram acompanhantes.

Dentre as práticas que devem ser estimuladas pelos profissionais da assistência obstétrica, está a utilização de **métodos não farmacológicos para alívio da dor** durante o trabalho de parto e parto, cujas taxas mensais estão apresentadas na

TABELA 1. Vale ressaltar que estes dados começaram a ser monitorados pela maternidade somente em janeiro de 2015.

TABELA 1 - TAXAS DE PARTURIENTES QUE UTILIZARAM DE ALGUM MÉTODO NÃO FARMACOLÓGICO PARA ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO E OU PARTO NORMAL, CMCBN, JANEIRO A JULHO/ 2015. CURITIBA-PR (n=929)

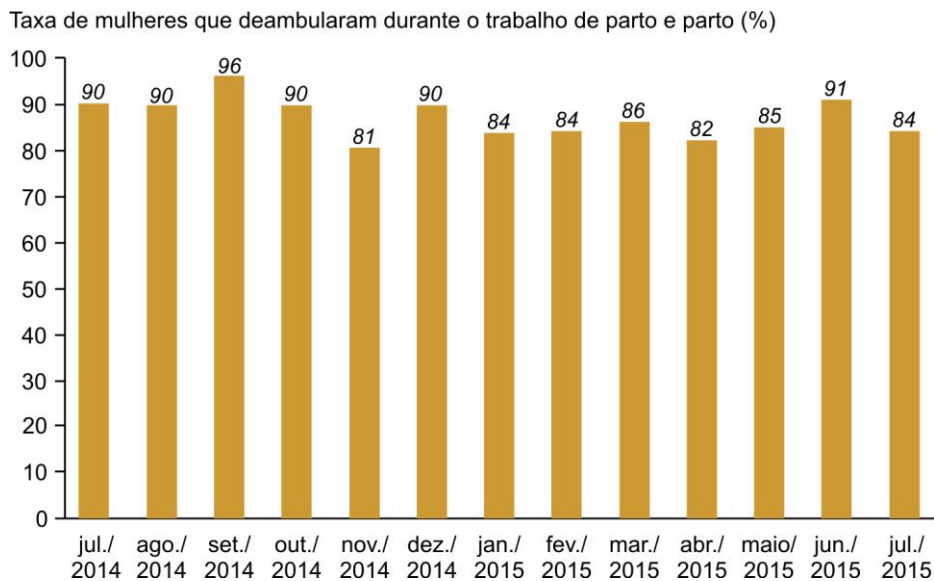
MÊS	TOTAL DE NASCIMENTOS PN	TAXAS DE PARTURIENTES (%)				
		Que fizeram banho de relaxamento/aspersão	Que fizeram Exercícios na Bola Suíça	Que receberam massagem	Que ficaram na penumbra	Que receberam musicoterapia
jan/15	154	82	75	75	81	6
fev/15	125	79	72	78	84	83
mar/15	140	84	65	78	84	81
abr/15	125	82	75	78	86	89
mai/15	129	84	81	75	80	80
jun/15	122	89	82	85	90	88
jul/15	134	82	79	78	86	85
TOTAL	929					

FONTE: CMCBN (2015)

É possível verificar que acima de 79% das parturientes realizam o banho de relaxamento no chuveiro com duração em média de 30 min. Entre 65% e 82% das parturientes fizeram exercícios na bola Suíça. Acima de 75% receberam massagem relaxante. Entre 81% e 90% ficaram na penumbra durante o trabalho de parto, no parto ou em ambos os momentos. Em janeiro de 2015, apenas 6% das parturientes ouviram música durante o trabalho de parto e ou parto, chegando a 85% em julho de 2015.

A **liberdade de posição e de movimento** durante o trabalho de parto e parto devem ser estimulados pelos profissionais de saúde. No GRÁFICO 5 é apresentada a taxa mensal de mulheres que deambularam durante o trabalho de parto no período de estudo.

GRÁFICO 5 - TAXAS DE MULHERES QUE DEAMBULARAM DURANTE O TRABALHO DE PARTO, CMCBN – CURITIBA-PR – JUL./2014 A JUL./2015 (n=1709)



FONTE: CMCBN (2015)

Nota-se que a deambulação é uma prática bastante utilizada pela mulher em trabalho de parto, no período estudado, evidenciou que entre 81% e 96% das mulheres deambularam durante o trabalho de parto.

A **posição não supina no parto** também deve ser encorajada e deve ser de escolha da mulher. Na TABELA 2 apresentam-se as taxas de posições maternas durante o parto, estimuladas pelos profissionais da maternidade em estudo. Destaca-se que estes dados começaram a ser monitorados pela maternidade em janeiro de 2015.

TABELA 2 - TAXAS DE POSIÇÃO MATERNA DURANTE O PARTO, CMCBN, JANEIRO A JULHO/ 2015. CURITIBA-PR (n=929)

MÊS	POSIÇÕES MATERNAS DURANTE O PARTO (%)					
	Semi Sentada	Lateralizada	Cócoras	Quatro Apoios	Em pé	Litotomia
jan/15	66	4	6	8	0	16
fev/15	64	3	5	11	2	15
mar/15	58	9	4	14	1	14
abr/15	63	7	6	10	2	11
mai/15	52	4	14	12	3	8
jun/15	53	4	10	14	2	11
jul/15	63	0	10	17	1	9

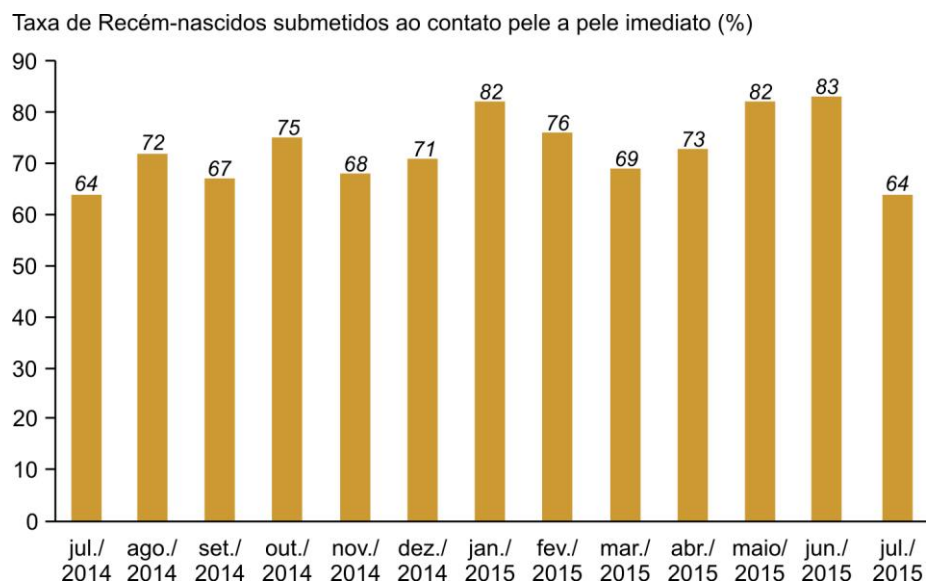
FONTE: CMCBN (2015)

A posição semi-sentada lidera a posição materna no momento do parto, sendo que do total de partos estudados no período, entre 52 e 66% pariram nesta

posição. A posição lateralizada variou entre 0 e 9% no período. A posição de cócoras foi escolhida entre 4% a 14% das mulheres. A posição de quatro apoios variou entre 8 e 17%. A posição em pé foi escolhida de 0% a 3% e a posição de litotomia variou entre 8 e 16%.

Ainda na Categoria A, está à realização do contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido, cujas taxas mensais desta prática estão apresentadas no GRÁFICO 6.

GRÁFICO 6 - TAXAS DE RECÉM-NASCIDOS DE PARTO NORMAL, SUBMETIDOS AO CONTATO PELE A PELE IMEDIATAMENTE APÓS O NASCIMENTO, CMCBN – CURITIBA-PR – JUL./2014 A JUL./2015 (n=1709)



FONTE: CMCBN (2015)

A prática do contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido durante o período do estudo teve em julho de 2014 o menor índice desta prática, com 64%, sua maior taxa foi em junho de 2015 com 83% e uma queda já no mês seguinte, com 64%. Destaca-se esta prática só é realizada quando o nascimento ocorre mediante parto normal.

As práticas classificadas na **Categoria B** estão destacadas no QUADRO 11.

QUADRO 11 - PRÁTICAS RECOMENDADAS PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E REDE CEGONHA, CATEGORIA B

Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas:
▪ Uso rotineiro de enema
▪ Uso rotineiro de tricotomia
▪ Cateterização venosa profilática de rotina

FONTE: OMS (1996); BRASIL (2011)

Dentre as práticas da **Categoria B**, ressalta-se que procedimentos como lavagem intestinal, tricotomia e cateterização venosa profilática, realizados de rotina, foram abolidos da prática na instituição em abril de 2014, por isso não serão analisados.

As práticas classificadas na **Categoria C**, são monitoradas pela instituição, e estão apresentadas no QUADRO 12.

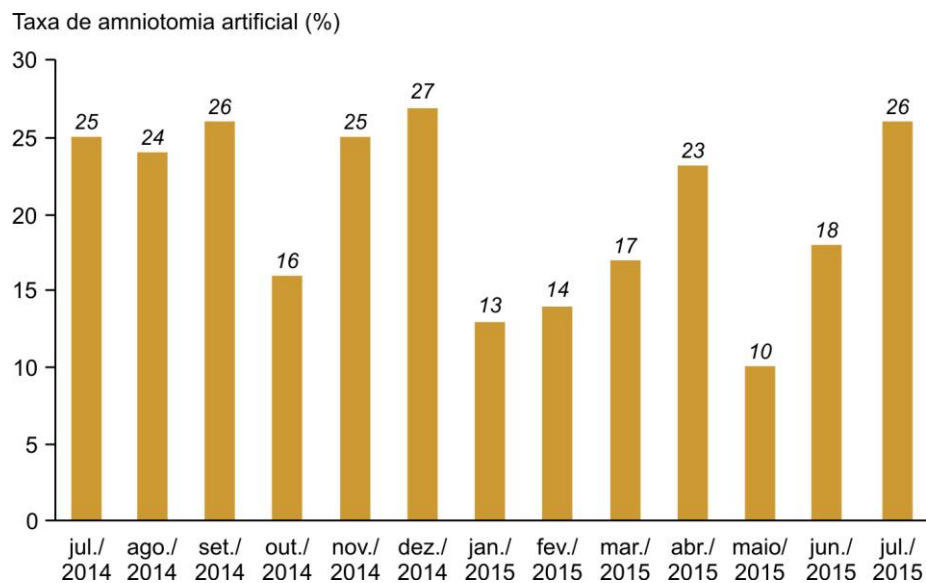
QUADRO 12 - PRÁTICAS RECOMENDADAS PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E REDE CEGONHA, CATEGORIA C

Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão:
▪ Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto
▪ Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto e parto
▪ Clampeamento precoce do cordão umbilical

FONTE: OMS (1996); BRASIL (2011)

O GRÁFICO 7 apresenta as taxas mensais de amniotomia artificial durante o trabalho de parto. Os dados mostram que o procedimento de amniotomia artificial variou entre 10 e 27%, durante o período estudado, apresentou um aumento importante desta prática no mês de junho e julho de 2015.

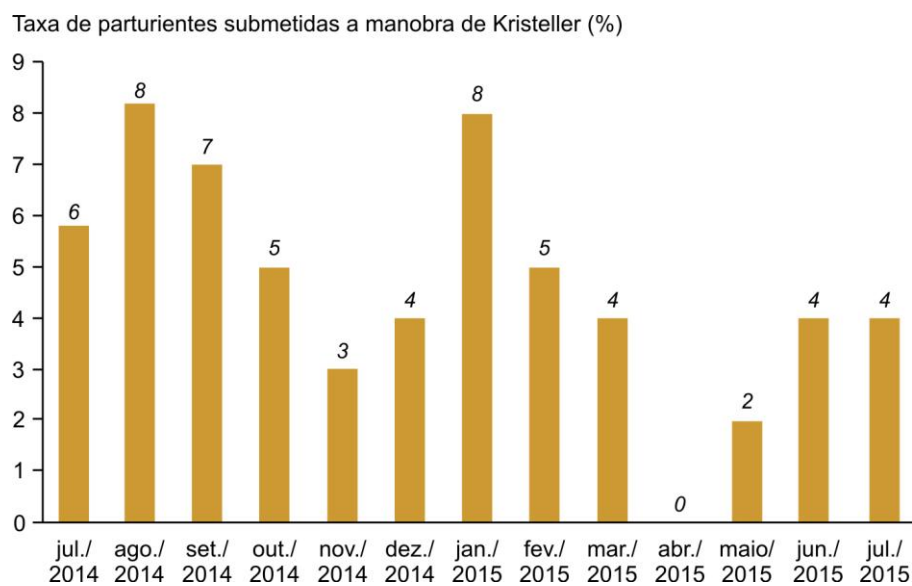
GRÁFICO 7 - TAXA DE MULHERES SUBMETIDAS À AMNIOTOMIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO, CMCBN – CURITIBA-PR – JUL./2014 A JUL./2015 (n=1709)



FONTE: CMCBN (2015)

O GRÁFICO 8 apresenta as taxas mensais da pressão no fundo uterino no parto, denominada manobra de Kristeller. Esta manobra não foi realizada durante nenhum parto no mês de abril de 2015, e teve seu maior percentual, que foi de 8%, meses de agosto de 2014 e janeiro de 2015.

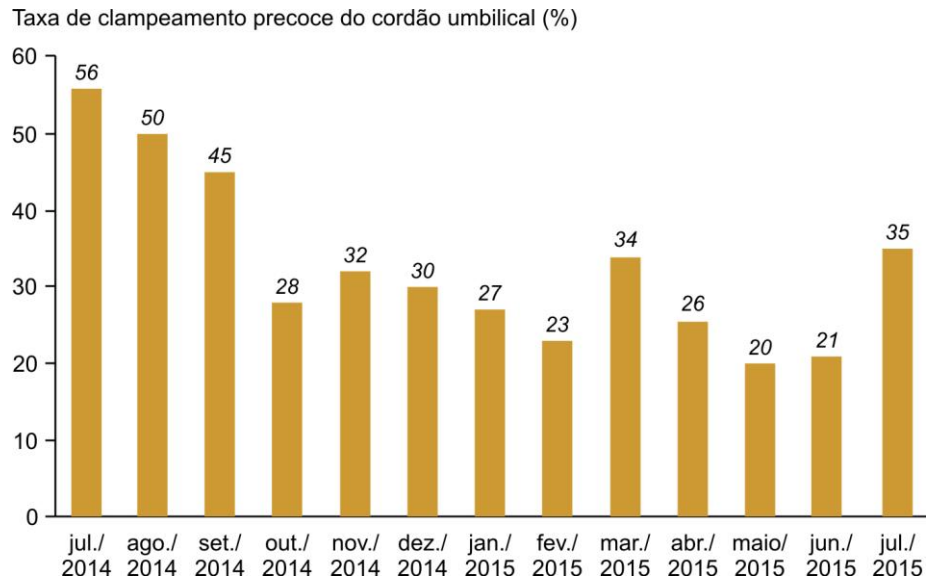
GRÁFICO 8 - TAXAS DE PARTURIENTES SUBMETIDAS A MANOBRA DE KRISTELLER, CMCBN – CURITIBA-PR – JUL./2014 A JUL./2015 (n=1709)



FONTE: CMCBN (2015)

Ainda como Categoria C, tem-se o Clampeamento precoce do cordão umbilical. No GRÁFICO 9 é apresentada as taxas de clampeamento precoce do cordão umbilical.

GRÁFICO 9 - TAXAS MENSAIS DE RECÉM-NASCIDOS QUE TIVERAM O CLAMPEAMENTO PRECOCE DO CORDÃO UMBILICAL, CMCBN – CURITIBA-PR – JUL./2014 A JUL./2015 (n=1709)



FONTE: CMCBN (2015)

É possível verificar que a taxa mais elevada de clampeamento precoce do cordão umbilical foi de 56% no mês de julho de 2014. Pode-se observar a diminuição progressiva da frequência desta prática, que chegou a 20% no mês de maio de 2015.

No QUADRO 13 são apresentadas as práticas da Categoria D.

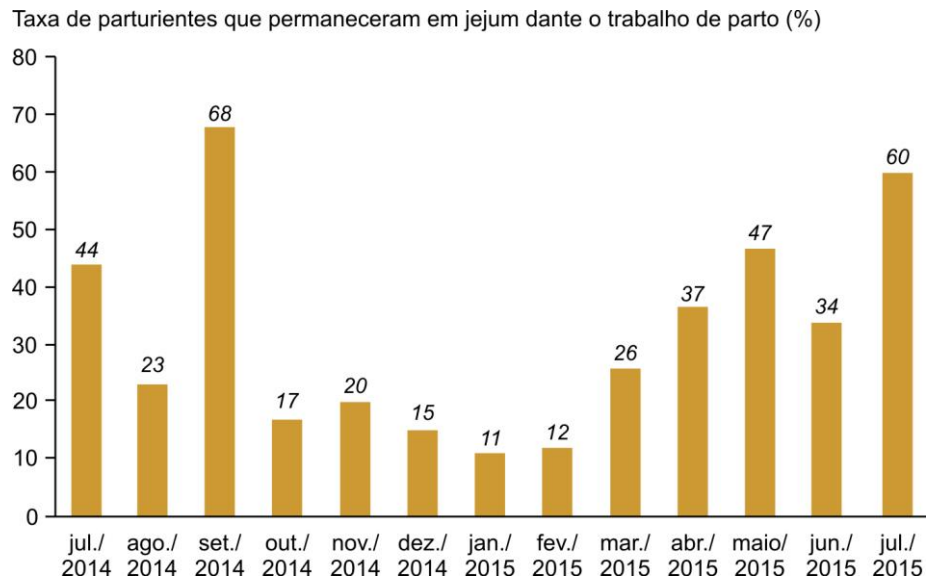
QUADRO 13 - PRÁTICAS RECOMENDADAS PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E REDE CEGONHA, CATEGORIA D

Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado
▪ Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto
▪ Controle da dor por analgesia peridural
▪ Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina
▪ Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto
▪ Uso liberal ou rotineiro de episiotomia

FONTE: OMS (1996); BRASIL (2011)

Dentre as **práticas utilizadas de modo inadequado, Categoria D**, tem-se a restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto. No GRÁFICO 10, estão apresentadas as taxas mensais de parturientes que permaneceram em jejum durante o trabalho de parto e parto.

GRÁFICO 10 - TAXAS MENSAIS DE PARTURIENTES QUE PERMANECERAM EM JEJUM DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO, CMCBN – CURITIBA-PR – JUL./2014 A JUL./2015 (n=1709)

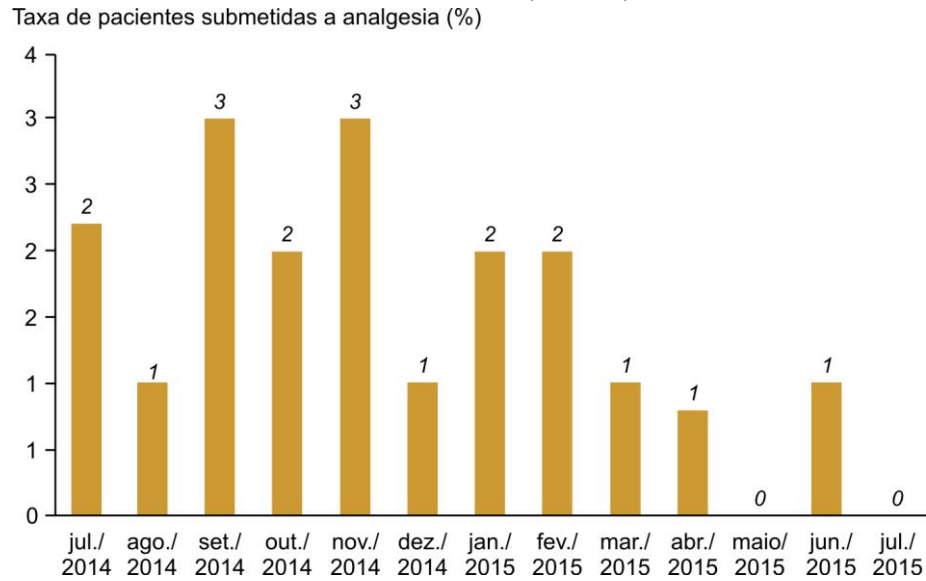


FONTE: CMCBN (2015)

As menores taxas de mulheres que ficaram em jejum durante o trabalho de parto ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2015, com 11% e 12% respectivamente, e a maior taxa foi de 68% em setembro de 2014, com um visível aumento desta prática a partir de março de 2015.

Por sua vez o controle da dor por analgesia peridural durante o trabalho de parto também faz parte da categoria D. O GRÁFICO 11 apresenta as taxas mensais de analgesia praticadas na instituição.

GRÁFICO 11 - TAXAS DE PARTURIENTES SUBMETIDAS A ANALGESIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO, CMCBN – CURITIBA-PR – JUL./2014 A JUL./2015 (n=1709)

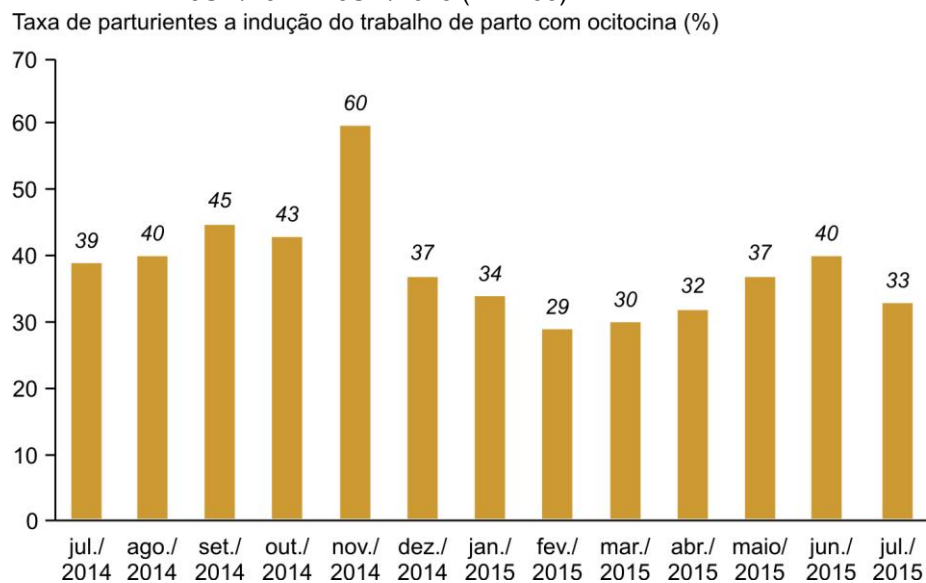


FONTE: CMCBN (2015)

Os resultados mostram que a analgesia é uma prática pouco utilizada na instituição, não sendo utilizada nos meses de maio e julho de 2015, e sua maior taxa foi de 3% nos meses de setembro e novembro, respectivamente.

A correção da dinâmica uterina com utilização da ocitocina também é uma **prática frequentemente utilizada de modo inadequado**. O GRÁFICO 12 apresenta as taxas mensais de mulheres que utilizaram ocitocina em algum momento durante o trabalho de parto.

GRÁFICO 12 - TAXA DE PARTURIENTES QUE RECEBERAM OCITOCINA DURANTE O INTERNAMENTO, CMCBN – CURITIBA-PR – JUL./2014 A JUL./2015 (n=1709)

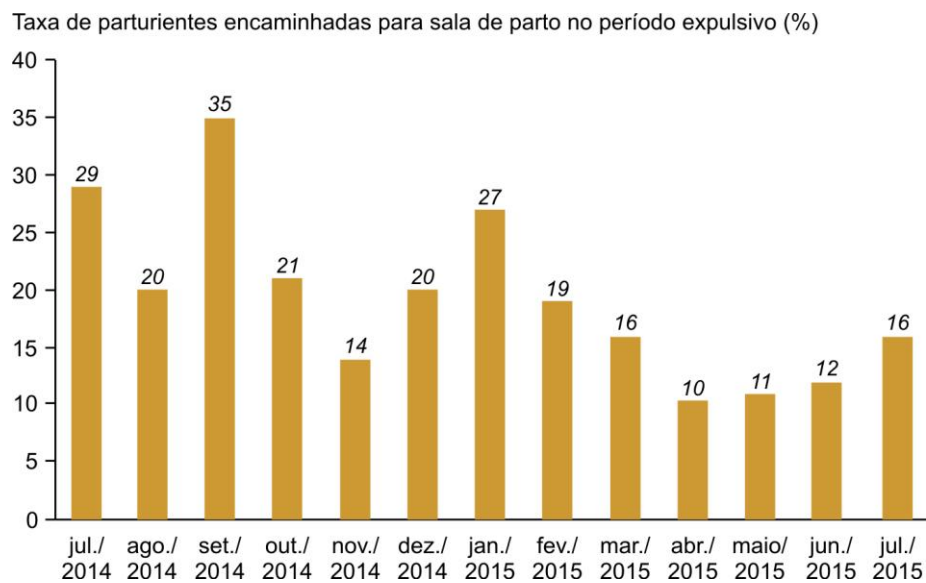


FONTE: CMCBN (2015)

Pode-se observar que a utilização de ocitocina pelas mulheres durante o internamento variou entre 29 a 60%, sendo a maior taxa do uso de ocitocina foi no mês de novembro de 2014.

A transferência rotineira da parturiente para outro ambiente no início do segundo estágio do parto, ou seja, no período expulsivo, também é considerada uma **prática utilizada de modo inadequado**. O GRÁFICO 13 apresenta as taxas mensais de parturientes que foram encaminhadas para a sala de parto no período expulsivo.

GRÁFICO 13 - TAXAS MENSAIS DE PARTURIENTES QUE FORAM ENCAMINHADAS PARA A SALA DE PARTO NO PERÍODO EXPULSIVO, CMCBN – CURITIBA-PR – JUL./2014 A JUL./2015 (n=1709)

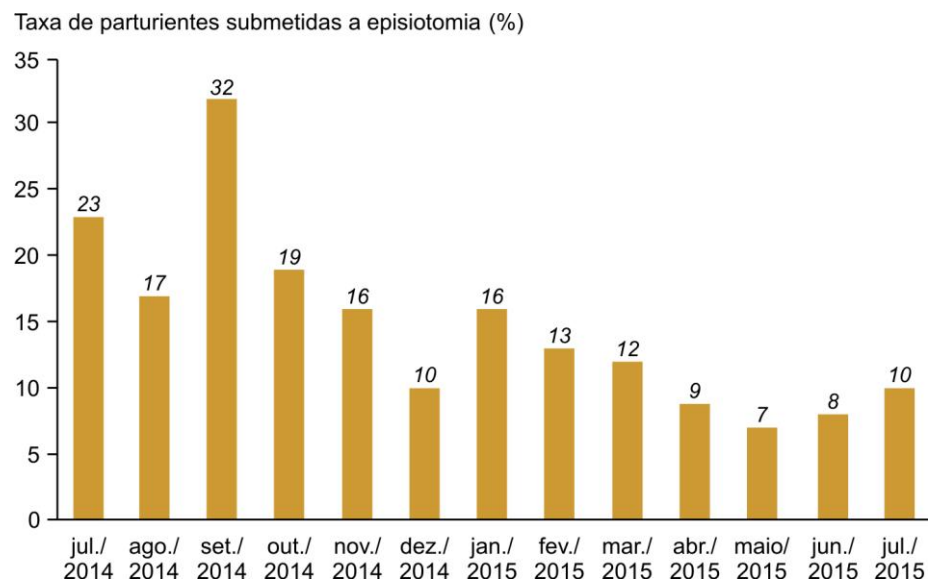


FONTE: CMCBN (2015)

É possível verificar que no mês de setembro de 2014, 35% das mulheres eram levadas para outro ambiente no período expulsivo, sendo esta a maior taxa do período estudado. Em abril e maio de 2015, encontram-se as menores a taxas, 10% e 11%, respectivamente, com aumento para 16% no mês de julho de 2015.

A prática liberal ou de rotina da episiotomia está classificada na Categoria D. O GRÁFICO 14 apresenta as taxas mensais desta prática na maternidade em estudo.

GRÁFICO 14 - TAXAS MENSAIS DE PARTURIENTES SUBMETIDAS À EPISIOTOMIA, CMCBN – CURITIBA-PR – JUL./2014 A JUL./2015 (n=1709)



FONTE: CMCBN (2015)

Percebe-se a diminuição gradativa do procedimento no período estudado, com um aumento excessivo no mês de setembro de 2014 chegando a 32%, a partir de dezembro de 2014 iniciou-se uma redução da taxa de episiotomia, elevando-se no mês de janeiro de 2015 com 16%, e nos meses subsequentes variando de 7 a 13%.

## 5 DISCUSSÃO

Neste capítulo são discutidos os resultados da pesquisa. Primeiramente, são discutidas as estratégias, dificuldades e resultados na implantação das diretrizes da Rede Cegonha na maternidade, sob a perspectiva do gestor. Posteriormente são discutidos os indicadores relativos à assistência obstétrica da maternidade após a implantação da Rede Cegonha, sob a luz de suas diretrizes.

### 5.1 DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO: OS DISCURSOS-SÍNTESE

Como resultados, emergiram cinco categorias de análise para a construção dos Discursos-Síntese, os quais apresentam a fala do sujeito coletivo, constituído a partir dos substratos-discursivos de cada gestor, ou seja, as respostas emitidas pelos depoentes frente à pergunta norteadora. Os depoimentos-síntese são discutidos a seguir.

#### 5.1.1 Dificuldades encontradas para implantação do modelo assistencial da Rede Cegonha

Nesta Categoria de análise destacaram-se, com maior ênfase, no DSC as questões relativas à infraestrutura, mas especificamente à estrutura física e recursos-humanos. Foram apresentadas algumas situações de dificuldades, uma das quais é devida à edificação antiga da maternidade, e a ausência de UTI Neonatal, com consequente impacto nos processos de trabalho, sobretudo em situações nas quais os recém-nascidos, por necessitarem de atenção de maior complexidade, têm que ser separados da mãe e transferidos a outros serviços de referência.

A portaria do Ministério da Saúde – GM/MS, n.º 930, de 2012, que define as diretrizes para organização do cuidado integral e humanizado ao recém-nascido grave, coloca que na ausência de setores de cuidados intensivos ou intermediários, os recém-nascidos que os necessitem devem ser transferidos aos serviços de referência após sua estabilização, contando com transporte sanitário adequado e com profissional habilitado. (BRASIL, 2012c).

Já mediante a proposição da Rede Cegonha, conforme descrito na portaria GM/MS n.º 1.459/2011, devem ser garantidas a suficiência de leitos obstétricos e

neonatais, como UTI, UCIN Convencional e Canguru, de acordo com as necessidades regionais (BRASIL, 2011c), com quantitativo discriminado a partir do número de nascimentos regionais, bem como, de leitos para gestação de alto risco, conforme preconizado na Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011.

Outra dificuldade evidenciada pelos gestores foi a resistência de profissionais em aceitar o novo modelo assistencial, pautado nas diretrizes da Rede Cegonha, em especial pelos profissionais médicos. Foi verbalizado que havia uma forte hegemonia, um modelo assistencial predominantemente tecnocrático que passou a ser readequado com a nova gestão, no sentido de reorganização das práticas de atendimento. Houve desenvolvimento de conflitos e descontentamentos entre os profissionais.

Para Maia (2010), o parto médico-hospitalar tecnocrático é fortemente hegemônico, e a proposta de um modelo obstétrico humanizado significa mudar todo o processo de trabalho, crenças e valores, o que pode gerar conflitos em torno das ações relativas às políticas em processo de implementação. Apesar da fundamentação da humanização estar pautada na medicina baseada em evidências, integração de políticas públicas e obtenção do apoio de movimentos sociais, pode haver resistência entre os profissionais inseridos no serviço, que, segundo a autora, em sua maioria são opostos a esta política.

Os gestores relataram também que as mudanças na Maternidade aconteceram gradativamente. No primeiro ano da nova gestão, a assistência ao parto era realizada somente pelos médicos, com poucos conflitos. Ao final do primeiro ano, foram contratadas as enfermeiras obstétricas para assistência ao parto, com impacto assistencial que motivou várias discussões e reuniões para acordos de trabalho. Nessa época, aconteceu a saída voluntária de alguns profissionais médicos, em decorrência de sua inadaptação ao novo modelo, mas segundo os gestores, alguns deles, mesmo não acreditando na proposta, permaneceram no serviço.

Este embate se deu pelas diferentes ações de cuidado realizados na atenção obstétrica entre os profissionais. Para o médico, o ato de parir é um processo patológico, imbuído de intervenções com o intuito de se manter o controle sobre a mulher. Por sua vez, para a enfermeira obstétrica, o parto é um processo fisiológico e que demanda pouca ou nenhuma intervenção, no qual o bem estar e as emoções das parturientes são extremamente importantes, como partes integrantes do cuidado. (MAIA, 2010).

Nesta ótica, no século XXI a enfermeira obstétrica está mais presente e atuante no cenário do processo de parto e nascimento. Esta prática assistencial se coaduna com o modelo da humanização e com as políticas públicas de atenção obstétrica, os quais elegem a enfermeira obstétrica para atendimento ao trabalho de parto e parto normal sem complicações. (MAIA, 2010).

Adicionalmente, a autora alude que a implantação do modelo humanizado no atendimento ao parto abre espaço para um trabalho em equipe e inclui os saberes de todos os profissionais envolvidos no cuidado às mulheres e bebês.

Outra dificuldade ponderada pelos gestores entrevistados foi a carência de tempo do médico para oferecer um cuidado humanizado, fato explicado pelo exercício de várias funções, como: atender emergências, procedimentos cirúrgicos e realizar consultas, e neste sentido eles não tem tempo disponível para formar vínculo com a parturiente. Esta situação, na visão do gestor, favorece a atuação da enfermeira obstétrica que está presente integralmente no Centro Obstétrico, nas 24 horas do dia.

Acredita-se que para efetivação destas práticas humanizadas é necessário tempo, cuidado e observação contínua, e a enfermeira obstétrica seja a profissional que detenha essas características e desenvolva a essência deste cuidar. E, segundo publicação, as práticas de cuidados obstétricos, preconizadas nas Políticas Públicas, incluem o respeito à privacidade da mulher, a sua escolha acerca do local e posição do parto, o estímulo à deambulação, a informação constante, a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, dentre outras. (MAIA, 2010).

Outro aspecto importante a ser ressaltado como dificuldade pelos gestores no processo de implantação da Rede Cegonha na Maternidade foi o fato de a enfermeira atender só os partos sem intercorrências, enquanto que o médico atende somente as intercorrências, e isto tem levado ao descontentamento desta categoria profissional.

Neste caso, percebe-se como necessário o conhecimento por parte de todos os gestores e profissionais de saúde sobre o âmbito da atuação da enfermeira obstétrica, a qual deve estar de acordo com a Legislação do Exercício Profissional de Enfermagem conforme descrita mais recentemente, na Resolução do COFEN n.º 477 de 2015. Esta resolução aborda, entre outras questões, que as enfermeiras obstétricas devem acompanhar a evolução do trabalho de parto e a execução do parto sem distócia, bem como identificar distócias e tomar providências até a chegada do médico. (COFEN, 2015).

Outro fator importante a ser ressaltado além da competência legal, está a competência técnica das enfermeiras obstétricas, que prestam uma assistência que vai ao encontro da filosofia da instituição, com o cuidado humanizado, pautado na integralidade, baseado em evidências científicas, com respeito às escolhas e autonomia da mulher.

Segundo os gestores, o novo modelo assistencial foi "imposto", e as portarias e diretrizes da Rede Cegonha foram utilizadas como argumento máximo pelos gestores junto ao corpo profissional, para o cumprimento deste modelo assistencial. Para ajudar a minimizar esta resistência, foi feito um protocolo local de Boas Práticas com a participação de enfermeiras e médicos, mas não foi suficiente para apaziguar os conflitos.

Na percepção dos gestores, este protocolo assistencial ainda não tem uma legitimidade de fato, pois nem todos os profissionais seguem o que foi normatizado. A maior dificuldade se encontra na discordância em relação à alimentação da mulher durante o trabalho de parto. O jejum é preconizado pelos médicos, mas não pelas enfermeiras obstétricas. Para minimizar o conflito, foi acordado que os parâmetros do jejum ainda serão reavaliados em prazo determinado e acordado entre a gestão e as equipes.

As políticas e práticas assistenciais baseadas em evidências recomendam que os profissionais devam ser estimulados a abandonar as práticas prejudiciais ou sem evidências benéficas, e dentre elas está o jejum. (BRUGGEMANN; OLIVEIRA; SANTOS, 2011).

Sabidamente, os protocolos institucionais devem ser pautados nas Políticas Públicas, e nas evidências científicas, pois eles têm como objetivo direcionar as ações das equipes de saúde. No entanto, Bruggemann, Oliveira e Santos (2011) colocam que a construção dos processos de humanização e o trabalho baseado em evidências nem sempre estão presentes nas instituições. Isso se explica que tais mudanças requerem além de competência técnica, que os profissionais estejam presentes e disponíveis aos seres humanos, bem como busquem compreendê-los, respeitá-los, abram-se para o diálogo e ao compartilhamento de conhecimentos advindos de outras áreas, e assumam uma atitude interdisciplinar a fim de eliminar condutas isoladas, bem como fujam do esperado diante do contexto institucional.

O contato pele a pele entre a mãe e o recém-nascido na cesárea também foi apontado como dificuldade, embora este processo não tenha sido implantado, até o

momento da entrevista. Nesta pesquisa encontrou-se que o contato pele a pele acontece, em média, em 73% dos partos normais na Maternidade. Ainda que, no início, os pediatras tenham sentido dificuldades para examinar os bebês em contato pele a pele com a mãe, conforme preconizado pela Portaria SAS/MS de n.º 371 de 2014, no decorrer do tempo esta prática se tornou habitual.

Para finalização desta categoria relativa a dificuldades na implantação do modelo assistencial da Rede Cegonha, ressalta-se que o modelo de assistência à saúde no Brasil ainda é muito fragmentado, curativo e hospitalar, impactando diretamente na implantação de políticas públicas. Há resistência à mudanças voltadas para a humanização do parto. Portanto, o avanço na implantação das políticas de mudança no modelo assistencial deve ser amplamente discutido entre os profissionais e a gestão hospitalar. (MAIA, 2010).

#### 5.1.2 Mudança de paradigma

A importância da sensibilização dos profissionais para um novo modelo assistencial preconizado pela Rede Cegonha ficou evidente nas respostas emitidas pelos gestores, com a ênfase no papel fundamental da gestão no processo, pois o modelo tecnocrático é a realidade de vários serviços, tornando-se comum. E quando o profissional se depara com uma realidade diferente, o mesmo é questionador, há muita resistência, pois se trata de uma mudança cultural. O processo de mudança deve ser desenvolvido em maior tempo, baseado em evidências científicas, resultados positivos, e satisfação das mulheres atendidas pelo serviço.

Entende-se mediante o discurso proferido pelos gestores, que houve um descontentamento por parte dos profissionais que já atuavam no serviço anteriormente à nova gestão, os quais se sentiram prejudicados ao ter que mudar sua prática profissional, o que gerou conflitos e o sentimento de desvalorização de sua prática antecedente.

Ficou evidente, nas respostas, que a proposta da nova gestão foi à implantação de um novo modelo de atenção obstétrica. E segundo Bruggemann, Oliveira e Santos (2011), a condição para que haja mudança neste modelo, deve estar voltada às relações humanas entre profissionais, a mulher e sua família, e isto requer entender que a atenção humanizada é relacional.

Outro fator que merece destaque é que com a institucionalização do novo modelo assistencial, do tecnocrático ao humanizado, existe uma reorganização em

torno de novos princípios e regras. O modelo humanizado para Maia (2010) tem como pressupostos: o empoderamento da mulher, a promoção da saúde e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. Diante deste conceito, pode-se entender que a protagonista do parto é a mulher e não mais o profissional, que até então, atendia baseado em sua própria experiência.

Neste sentido, as recentes políticas de assistência ao parto, em última instância, segundo Jepperson (1991 apud MAIA, 2010, p.73), "objetivam produzir um processo de reinstitucionalização", ou seja, de mudança da maneira institucionalizada de assistência ao parto, mediante novos conhecimentos.

### 5.1.3 Estratégias da gestão para reorganização estrutural

Segundo os gestores, houve muitos avanços relativos à gestão, mas a maternidade ainda tem muitos desafios. Pode-se citar, por exemplo, que no Estado de Belo Horizonte o atendimento ao Parto Domiciliar é oferecido pelo próprio hospital. Neste aspecto, os gestores enfatizam que a cultura profissional ainda há que se desenvolver, e priorizar ainda mais a autonomia da mulher. Nesta perspectiva, citaram como exemplo a necessidade de os profissionais permitirem a todas as mulheres escolherem o local em que desejam parir nas dependências da maternidade.

Os gestores expressam que para o desenvolvimento de uma mudança, o primeiro passo é que eles próprios estejam sensibilizados e entendam a proposta, de maneira que ocorra o avanço para o alcance dos objetivos do novo modelo assistencial. Mas, para que sejam sensibilizados, necessitam conhecer outros serviços de referência, pois isto favorece o entendimento da dinâmica do novo modelo e a projeção para adaptação em seu serviço. E como segundo passo, os gestores afirmaram que podem ser norteados por protocolos desenvolvidos por seus profissionais, e utilizados para capacitação da equipe.

Os gestores ressaltam a importância do acompanhamento e monitoramento dos indicadores assistenciais, o que passou a ser feito na implantação da Rede Cegonha nesta maternidade. Os resultados dos indicadores passaram a ser discutidos mensalmente no Colegiado Gestor, com vistas ao alcance das metas e dos bons resultados.

Este colegiado conta com a participação dos diretores, gerentes e coordenadores, e eventualmente é estendido o convite para alguns profissionais da assistência, com o intuito de ampliação das discussões. Frente aos resultados dos indicadores compartilhados, são desenvolvidos planos de ações pelos gestores, na perspectiva do trabalho em função de resultados positivos e de metas a serem alcançadas.

Os mesmos indicadores são apresentados à Comissão de Acompanhamento da Maternidade, cuja função é de monitorar o desenvolvimento da instituição. É composta por Conselheiro Municipal de Saúde e representantes das usuárias e trabalhadores da Maternidade.

Em resumo, a maternidade em estudo utilizou-se de ferramentas de gestão como: criação de protocolos, capacitação profissional, monitoramento de indicadores assistenciais, implantação do colegiado gestor, e comissão de acompanhamento. Essas ferramentas vão ao encontro da busca institucional pela qualidade assistencial, bem como do cumprimento das diretrizes da Rede Cegonha.

As autoras Harada e Cunha (2011) aludem que a democracia, a busca pela cidadania e a garantia dos direitos das usuárias mobilizaram a criação e novas instâncias participativas na gestão do SUS. Citam como exemplos: a gestão participativa, câmaras setoriais, comitês técnicos, grupos de trabalhos, colegiado gestor, dentre outros. Cenários que promovem a participação da sociedade por meio de seus representantes, e com a participação ativa dos profissionais são propiciadas respostas e resultados imediatos.

Entretanto, as autoras enfatizam que para a obtenção de bons resultados, faz-se necessário o envolvimento e comprometimento por parte dos profissionais. Para tanto, cabe à gestão formar grupos de trabalhos com aptidões específicas, compostos por profissionais da assistência, educação continuada, e líderes do serviço, para que as discussões sejam fundamentadas e resolutivas. (HARADA, CUNHA, 2011).

O desenvolvimento de metas, planos de ação e monitoramento de indicadores integram a busca pela qualidade dos serviços. No campo relacionado à assistência à saúde, Donabedian (1986 apud ANVISA, 2011) definiu qualidade como "a obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos ao paciente e ao menor custo", com foco na tríade: gestão de estrutura – processo – resultado. A ANVISA (2011), no tocante à segurança do paciente, coloca que o envolvimento do próprio paciente nos

serviços de assistência e em suas decisões, como um ator ativo, constitui-se como um elemento fundamental para a qualidade assistencial.

Vale ressaltar que embora as rotinas e protocolos façam parte da estrutura e dos processos, de nada adiantarão se não forem cumpridos ou desenvolvidos. As frequentes avaliações têm o potencial para o redesenho das rotinas e procedimentos, de maneira a garantir a qualidade dos resultados. (TRENTINI, CORRADI, 2006).

Entende-se que o planejamento e avaliação institucional precisam ser trabalhados a partir da missão e cultura organizacionais, de maneira a garantir a sua direção e seus objetivos, bem como, os resultados a serem alcançados pela administração. (TRENTINI, CORRADI, 2006).

Ressalta-se que a qualidade da assistência não será alcançada apenas com recursos físicos, materiais, tecnológicos e financeiros, porém são essenciais. No entanto, deverão estar associados ao conhecimento profissional, às necessidades dos usuários, bem como, a otimização dos recursos, no seu sentido mais amplo. (HARADA, CUNHA, 2011).

Outro elemento veiculado como prioridade no discurso dos gestores, para o alcance da qualidade da assistência, é o funcionário, nos aspectos de sua valorização e satisfação. Neste sentido, enfatizam que a humanização não se aplica somente às pacientes, mas também aos funcionários. Neste aspecto, é apontado que além de participarem das discussões dos processos de trabalho, eles possuem locais próprios para descanso durante o intervalo de sua jornada, como o Cantinho da Leitura, como foi denominado pela gestão.

Autoras enfatizam que os gestores deve utilizar-se de estratégias para aumentar a qualidade e a produtividade de sua equipe, com satisfação das mesmas, mediante o investimento em sua formação e desenvolvimento. E para tanto sugerem: reuniões frequentes com pessoas com diferentes talentos; promover vínculos e afetividade entre as pessoas; comunicação efetiva, clara e transparente; liberdade de expressão; avaliações constantes com retorno entre gestor e funcionário; promover momentos com descontração e lazer; desenvolver habilidades dos membros da equipe; promover oportunidades para cursos; preservar autonomia profissional de acordo com a competência técnica. (HARADA, CUNHA, 2011).

#### 5.1.4 Estratégias para a implantação do Modelo Assistencial da Rede Cegonha

Vale ressaltar que a Direção Geral da Maternidade é desenvolvida por uma enfermeira especialista em gestão, a qual se utilizou de sua *expertise* gerencial para alocação de uma enfermeira obstétrica na gerência assistencial. Esta estratégia levou ao engajamento de mais duas enfermeiras obstétricas, junto à gerência assistencial, o que contribuiu para a organização e implementação de um novo modelo assistencial sob o olhar da enfermeira especialista.

Segundo Presotto et al. (2014), o enfermeiro gerencial, por meio do planejamento, tem a possibilidade de coordenar e avaliar o desempenho das equipes diante das práticas e da organização social, reconhecendo atitudes e posturas que caracterizam o profissional, bem como, definindo ações a serem implementadas por sua equipe em busca do alcance das metas.

Foram apontadas pelos gestores entrevistados como estratégias de gestão para implantação da Rede Cegonha e cuidados humanizados as seguintes ações:

- Criação de Protocolos assistenciais;
- Capacitação dos profissionais para utilização dos protocolos;
- Reuniões com equipe interdisciplinar;
- Sensibilização das equipes sobre a humanização;
- Inserção de enfermeiras obstétricas atuantes no parto e nascimento e supervisão no centro obstétrico, em todos os turnos;
- Implantação efetiva das Boas Práticas de atendimento ao Parto e Nascimento/OMS e Rede Cegonha;
- Disponibilização dos métodos não farmacológicos para alívio da dor (exercícios na bola, música, penumbra)
- Acolhimento com classificação de risco;
- Capacitação e inserção de doulas comunitárias;
- Residência em enfermagem obstétrica;
- Consulta de 37 semanas com a enfermeira da Maternidade;
- Consulta para alta hospitalar com a enfermeira;
- Readequação da visita das gestantes à maternidade;
- Sala de práticas integrativas;
- Construção do Plano de Parto com a gestante;
- Ecografia Ecológica;

- Impressão da placenta;
- Moldes de barriga de gesso;
- Deambulação das parturientes em um espaço ampliado para jardim externo;
- Cuidados Humanizados ao recém-nascido (Banho Ofurô) e cuidados imediatos postergados ao nascer.

Diante dessas estratégias apresentadas pela gestão, percebeu-se que a equipe gestora da Maternidade utilizou-se de uma diversidade de ferramentas importantes para a proposta de mudança de modelo assistencial.

Destaca-se a inserção da enfermeira obstétrica atuante no cenário do parto e nascimento, bem como, a doula comunitária, pois estas profissionais contribuem significativamente para a mudança.

De origem grega, a palavra “doula” significa: “mulher que serve”. São mulheres que auxiliam outras mulheres a buscar o papel materno, por meio do suporte físico e emocional, medidas para proporcionar o conforto materno e contato físico. A doula faz uma interface entre a equipe de saúde e o casal, com linguagem acessível das técnicas e dos procedimentos hospitalares, auxilia a parturiente em relação à posições confortáveis, massagens, banhos de relaxamento além da oferta de confiança e carinho. (SOUZA; DIAS, 2010).

As enfermeiras obstétricas desta Maternidade utiliza-se de práticas assistenciais de acordo com as Diretrizes da Rede Cegonha, pois como já visto estas profissionais atenderam em média 59% dos partos no período da pesquisa. Reitere-se que as mesmas têm como práticas profissionais o acolhimento e a oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor. Essas práticas foram destacadas nos resultados dos indicadores e nos discursos, como métodos bastante utilizados na Maternidade, e sua contribuição na implantação das Boas Práticas de atendimento ao parto e nascimento, foi evidenciada.

Outras ações desenvolvidas pelas enfermeiras e reconhecidas pelos gestores é à pintura da barriga denominada ecografia ecológica, simulando a posição do bebê no ventre materno; a confecção do molde da barriga por meio do gesso, permitindo a recordação do abdômen grávido; e também a impressão da placenta no papel após o parto, como um carimbo real, que simboliza uma árvore da vida. Todas estas ações promovem o vínculo entre a mulher e o profissional, criando um ambiente agradável e harmonioso.

A residência em enfermagem Obstétrica foi entendida também como uma estratégia, pois ao se trabalhar com a formação, geram-se ambientes de discussões, questionamentos e incentivo a pesquisas. Contextos esses que promovem críticas reflexivas e crescimento profissional mediante o compartilhamento, e a busca integrada pelo conhecimento.

Foram também apontadas, pelos gestores, outras ações que podem ser entendidas como de Educação em Saúde, pois estão direcionadas para orientações e informações da mulher: visita da gestante à maternidade associada à palestras; consulta com o enfermeiro da maternidade tanto no pré natal (37 semanas), com a construção individual do plano de parto, como na alta (no puerpério). Essas ações demonstram o cuidado da gestão com melhoria da qualidade do atendimento, e com a satisfação das mulheres.

Estudos mostram que a educação em saúde no ciclo grávido-puerperal é fundamental para a gestante, pois promove maior segurança e minimização de complicações futuras, bem como diminui a frustração e ansiedade materna. Proporciona valorização das experiências a serem vivenciadas e maior conhecimento da mulher e domínio sobre seu corpo para poder decidir acerca de sua gravidez, parto e nascimento (ALENCAR; LIMA; TORRES, 2014).

Nesta perspectiva, a maternidade aborda ainda no pré-natal, temas relevantes sobre o parto e nascimento, de acordo com as políticas públicas com vistas a uma vivência positiva e ativa da mulher. O contato prévio da gestante com as enfermeiras da maternidade, seja na consulta de 37 semanas ou na visita à maternidade, promove o vínculo e relações de confiança. Haja vista que ações educativas voltadas para a assistência em enfermagem a gestantes também promovem um atendimento humanizado.

Outra ação implementada pela gestão da maternidade foi a construção do plano de parto sob orientação de enfermeiras da instituição. Cortés et al. (2015) citam que o plano de parto é um documento escrito pela gestante, após ter recebido as orientações sobre o processo de parto e nascimento, considerando seus valores, desejos e necessidades particulares, sobre quais alternativas, inseridas nas Boas Práticas, ela vai utilizar durante o seu trabalho de parto e parto, sob condições normais.

### 5.1.5 Resultados obtidos após a implantação da Rede Cegonha na maternidade

Na categoria resultados foram incluídas expressões-chave para a construção do DSC que ressaltavam o impacto das ações e processos de cuidados fundamentados em uma nova proposta assistencial, e desenvolvida pela efetiva atuação da enfermeira obstétrica. Neste sentido os gestores ressaltam o fortalecimento desta categoria profissional, a conquista de sua autonomia, e da relação de confiança entre os demais profissionais.

Pode-se observar na história da enfermagem que a profissão emerge como uma atividade de auxílio e subordinação à medicina, predominantemente feminina e desprestigiada, e até os dias atuais, segundo Maia (2010), busca por sua identidade, respeito e autonomia.

Mais especificamente, a arte de partejar não é atividade exclusiva do médico, ao longo da história destacam-se as parteiras, e atualmente as obstetritzas e enfermeiras obstétricas que têm relevância nesta área, com a implementação de modelos humanizados (MAIA, 2010). Ressalta-se que a Maternidade em estudo tem como destaque e evidência a atuação destas profissionais, como aumento gradativo do número de partos atendidos, conforme apresentado nos indicadores assistenciais.

A gestão, em seus relatos, apresentam a possibilidade da atuação conjunta no parto, entre acadêmicos de medicina e a enfermeira, como possibilidade de promoção da reflexão sob a perspectiva de um novo modelo de atender parto para estes estudantes.

De acordo com publicação, muitas críticas têm sido feitas ao modelo de ensino praticado por hospitais universitários, devido a valorização da tecnologia e fragmentação dos processos de trabalho e promovem o distanciamento entre a academia e a realidade. (MAIA, 2010). Mas, na Maternidade, pode-se perceber, diante das expressões dos gestores o acolhimento aos estudantes, e o interesse na contribuição da formação para uma visão humanizada e natural do processo de nascimento.

Como resultados positivos, também foram verificadas pelos gestores algumas outras situações como: a redução de intervenções como a episiotomia, o atendimento do parto no local do pré-parto, na penumbra, com música e respeito, em busca de um trabalho com qualidade, com segurança, e sobretudo baseado em evidências

científicas. Um conjunto de ações que leva à satisfação familiar e a elevação da procura pelo serviço.

As mulheres que se sentem satisfeitas e bem atendidas na Maternidade a recomendam para outras, fato que indica a efetividade das estratégias da gestão, para implantação de um modelo humanizado e com qualidade. Este é o diferencial, segundo os gestores, entre esta e outras Maternidades que ainda não são adeptas ao modelo assistencial humanizado. Cenário que se contrapõem ao relatado em pesquisas nesta temática evidenciam que a assistência ao parto na rede pública é intervencionista e traumática, e está intimamente relacionada ao processo de trabalho do profissional de saúde e da organização hospitalar e de como este está inserido no sistema. (MAIA, 2010).

## 5.2 INDICADORES DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

A discussão foi pautada nos documentos de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento (OMS, 1996); diretrizes da Rede Cegonha e literaturas sobre evidências científicas na área obstétrica.

A maternidade em estudo atendeu, em média 178 nascimentos/mês, com uma taxa média de 26% de cesárea no período estudado. Este valor foi inferior à taxa pactuada no contrato de gestão n.º 336 (30%).

Em 2011, o Brasil apresentou uma alta taxa de cesáreas, uma vez que foram realizadas em 51,9% dos nascimentos, em geral. A taxa de cesáreas no Brasil é a mais alta do mundo, com valores aproximados da China (46,2%), Turquia (42,7%), México (42%), Itália (38,4%) e Estados Unidos (32,3%) e muito superior à Inglaterra (23,7%), França (20%) e (15,7%) na Finlândia. (LEAL et al., 2014a).

Entre as gestantes consideradas de risco obstétrico habitual, a taxa de cesáreas foi 45,5%, com destaque para a região centro-oeste, que registrou a maior incidência de cesariana (50,2%), seguida da região sul (49,1%). Todavia, somente o sistema suplementar de saúde apresentou taxa de cesárea de 88%.

Esta situação no Brasil é alarmante, pois a recomendação da OMS é que o procedimento cirúrgico não ultrapasse 15% do total de nascimentos. Isso se justifica pelo fato de o excesso de cesáreas expor, desnecessariamente, as mulheres e seus bebês a riscos e a efeitos adversos. (LEAL et al., 2014a). Além disso, infere-se que a taxa de cesáreas entre mulheres de risco obstétrico habitual poderia ser menor que 15%.

Vale destacar que as instituições responsáveis pela assistência obstétrica devem estabelecer rotinas para monitoramento contínuo e avaliação das taxas de cesáreas, bem como que orientem os profissionais para a correta indicação de cesáreas quando estas forem o procedimento adequado às necessidades da mulher ou do feto.

Porém, o parto normal é impregnado por crenças cultivadas por parte da sociedade, que o associam à dor e ao sofrimento, e também à concepção de que os nascimentos são mais seguros quando se utilizam técnicas e intervenções de profissionais de saúde e em ambiente hospitalar – o que corresponde ao modelo assistencial anterior ao proposto pela Rede Cegonha. Nesta perspectiva estudos apontam que quase 70% das mulheres desejam parto normal no início da gestação, porém desistem por falta de apoio e incentivo familiar e profissional. (BRASIL, 2014a).

Em relação aos profissionais que atenderam as mulheres no parto e nascimento, ficou evidente no período estudado a progressiva atuação de enfermeiras obstétricas, que alcançou a taxa máxima de 72% dos atendimentos em maio/2015.

Em um estudo realizado nas maternidades de risco habitual de Curitiba (OLIVEIRA; WOLFF, 2015), o autor evidenciou que somente 26,3% (105), dos partos foram atendidos por uma enfermeira obstétrica, e os demais por médicos obstetras. Comparativamente, a Maternidade Bairro Novo se sobressaiu entre as maternidades de risco habitual de Curitiba, pelo fato de que realizou, em média 59%  $\pm$  0,01 atendidos pelas enfermeiras obtétricas.

A inserção de enfermeiras obstétricas no atendimento ao parto e nascimento faz parte das políticas públicas de saúde da mulher no mundo. Desde 1995, com a criação do Projeto Maternidade Segura, a OMS preconiza uma assistência ao parto menos intervencionista e mais humanizada, com a finalidade de que o parto seja o mais natural possível. Diante disso, a enfermagem vem se destacando de forma gradual no cenário obstétrico. (SENA et al., 2012).

O movimento de humanização do parto e nascimento avançou muito no Brasil com atuação de enfermeiras obstétricas. (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013). Nesta perspectiva, a humanização é concebida por um processo reflexivo, voltado para valores e princípios que direcionem a prática profissional, acerca de um cuidado digno, solidário e acolhedor, com base em uma postura ética, respeitosa à dignidade da pessoa humana (ONIAS; CARVALHO; ESCOBAR, 2013).

A pesquisa Nascido no Brasil aponta que quando há enfermeiras obstétricas atuantes na assistência ao parto e nascimento, o número de intervenções desnecessárias diminuem, ocorrem mais partos espontâneos e o, exercício das Boas Práticas obstétricas, o que contribui para o aumento da satisfação das mulheres e para partos menos dolorosos e mais confortáveis para as mulheres. (LEAL et al., 2014a; NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

A OMS recomenda incentivos na formação e qualificação de enfermeiras obstétricas e também a participação destas profissionais na assistência comunitária. Vale ressaltar que práticas exitosas em outros países voltadas para a redução da mortalidade materna e melhoria da prática assistencial estão diretamente ligadas à atuação dessas profissionais. (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

Revisões sistemáticas estudadas por Porto (2010) destacam que modelos de assistência ao parto a mulheres de baixo risco, envolvendo enfermeiras obstétricas, estão associados a menores taxas de intervenções, episiotomias, parto instrumental, e ainda, a maior sensação de controle pelas parturientes, maior chance de iniciar o aleitamento e menor duração da hospitalização de recém-nascidos. (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

Em relação às Boas Práticas, a presença do acompanhante em algum momento do trabalho de parto e parto na maternidade (excluindo-se as cesáreas) parece ser uma prática institucionalizada na maternidade, pois apresentou uma média de  $88\% \pm 0,05$  no período estudado. A OMS (1996) recomenda a presença do acompanhante em tempo integral, de acordo com a escolha da mulher. Todavia, deve-se respeitar quando as mulheres não desejam o acompanhante ou não há ninguém disponível para acompanhá-la.

Esta taxa é superior às encontradas na pesquisa Nascido no Brasil, em que 18,8% das mulheres tiveram acompanhante em todo o processo de nascimento, e 56,7% teve acompanhamento parcial. (LEAL et al., 2014a).

O apoio contínuo do acompanhante no trabalho de parto e nascimento é uma prática segura e efetiva de baixo custo e bons resultados maternos e neonatais. A presença do acompanhante é considerada um marcador de segurança e qualidade do atendimento, bem como um indicador da incorporação de alguns princípios, como a integralidade dos cuidados de saúde, a universalidade, a equidade e a humanização. (DINIZ et al., 2014).

Ademais, a presença do acompanhante é garantida pela Lei n.º 11.108/2005. (BRASIL, 2005). Estudo realizado em 2011 aponta que mulheres que contaram com o apoio contínuo do acompanhante tiveram seus partos de forma espontânea, com menores taxas de intervenções, trabalhos de parto mais curtos, e índices de apgar mais satisfatórios. (DINIZ et al., 2014).

Outro estudo, com enfoque na percepção do acompanhante durante o trabalho de parto, revelou que a sua presença traz inúmeros benefícios à mulher como: apoio emocional, segurança, redução do tempo de trabalho de parto pela produção hormonal fisiológica do parto; sentimentos de satisfação, tranquilidade e felicidade, tornando o processo de nascimento uma experiência positiva além de fortalecer o vínculo familiar. (GONZALEZ et al., 2012).

Em relação aos métodos não farmacológicos para alívio da dor, a maternidade disponibiliza banho de relaxamento no chuveiro, exercícios na bola Suíça, massagens, penumbra e musicoterapia. Essas práticas parecem estar institucionalizadas, pois no período de janeiro a julho de 2015, em média,  $85,6\% \pm 0,03$  das mulheres submetidas a parto normal utilizaram, ao menos um método não farmacológico para alívio da dor.

Esses resultados superam os encontrados pela pesquisa Nascer no Brasil (LEAL et al., 2014a), que apontou que apenas 28% das parturientes em serviços de risco obstétrico habitual utilizaram métodos não farmacológicos para o alívio da dor. Todavia, a referida pesquisa apresentou somente resultados referentes às práticas banho, massagem e exercícios na bola.

Na Maternidade Bairro Novo foram utilizados para alívio da dor das mulheres durante o trabalho de parto de gestantes de risco habitual, utilizaram em média, banho de relaxamento no chuveiro (83,2%), exercícios na bola Suíça (75,5%), massagens (78,2%), exposição à penumbra (84,4%) e musicoterapia (73,3%).

A dor do parto faz parte da natureza humana e, ao contrário dos outros tipos de dor, não está associada a patologias. Durante o trabalho de parto, os níveis de adrenalina estão altos e o sistema nervoso simpático é ativado em resposta ao estresse, mecanismo biológico adaptativo e de defesa. Para isso faz-se necessário desenvolver ações para diminuir o nível de estresse e ansiedade. (GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2010).

No entanto, a intensidade e as características da dor são individuais e subjetivas, algumas parturientes sentem dores muito fortes, e outras não tão intensas, por isso a assistência deve ser individualizada, observando as características

multidimensionais e individuais da dor para a escolha do método a ser utilizado durante o trabalho de parto, a fase do trabalho de parto, o controle da parturiente sobre seu corpo e suas emoções. (GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2010).

Cabe destacar que a participação das enfermeiras obstétricas é expressiva no incentivo à utilização destes métodos pelas mulheres, pois o seu atendimento é voltado para o "cuidar", fato este que está relacionado à sua formação, direcionado ao respeito aos aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais que envolvem o processo reprodutivo. (GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2010).

Para a Organização Mundial da Saúde é essencial que métodos não farmacológicos para o alívio da dor sejam utilizados por serem seguros e menos invasivos. (BARBIERI et al., 2013).

A massagem é um método de estimulação sensorial pelo toque sistêmico e durante o trabalho de parto, promove o alívio de dor e proporciona o contato físico com a parturiente, promovendo relaxamento, aumento do fluxo sanguíneo e oxigenação dos tecidos, bem como a redução do estresse emocional. (GALLO et al., 2011).

Estudos clínicos randomizados apontam que massagens nos pés, ombros e região lombar contribuem para a redução da dor da parturiente, interferem nas reações comportamentais como expressões faciais positivas, maior movimentação corporal e participação ativa do acompanhante, gerando satisfação para ambos. (GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2010).

O banho quente proporciona estimulação cutânea de calor superficial que, associado à intensidade e ao tempo, produz efeito regional e geral. Por meio de uma temperatura em torno de 37°C, promove-se o alívio da dor e reduz-se a ansiedade da mulher durante o trabalho de parto em decorrência da redução de hormônios neuroendócrinos relacionados ao estresse, melhorando as contrações uterinas. (BARBIERE et al., 2013).

O relaxamento muscular durante o banho é promovido pela vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo em decorrência da água aquecida. Conseqüentemente, ocorre a elevação das endorfinas, redução da ansiedade e promoção da satisfação da parturiente, a qual responde de forma positiva à dor. (GALLO et al., 2011).

Em relação à utilização da bola Suíça, este método proporciona à mulher a verticalização e o balanço pélvico, o trabalho dos músculos do assoalho pélvico, liberdade de movimentação. Por conseguinte, facilita a descida e a rotação fetal, a

dilatação cervical, e a eficácia das contrações uterinas devido ao aumento do fluxo sanguíneo. (BARBIERE et al., 2013).

Com a utilização da bola Suíça, também é possível corrigir a postura, relaxar, alongar e fortalecer a musculatura pélvica, o que permite a participação ativa da parturiente. A pressão exercida pelo períneo sobre a bola faz com que a cintura pélvica fique à frente da coluna espinhal, posicionamento melhor o feto. (SILVA et al., 2011).

A redução da ansiedade e dos níveis de estresse da parturiente reflete positivamente nos resultados neonatais, pois a redução dos níveis de estresse previne a hiperventilação, reduzindo a liberação de catecolaminas. Em consequência, melhora a perfusão placentária e diminui riscos de acidose fetal. (GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2010).

Para que haja redução dos níveis de estresse da parturiente, a característica do ambiente é fundamental. Em meados dos anos 70, Frederick Leboyer já falava sobre a questão do ambiente favorável ao nascimento, que deve ser com pouca luz e música agradável, com o objetivo de amenizar o medo e acolher o bebê com respeito.

Além da música estar presente em vários rituais na vida do homem na sociedade. Ela auxilia no equilíbrio de energias alteradas pelo estresse, é um método de aplicação simples e de baixo custo que promove a harmonização da dinâmica do trabalho de parto, individualiza e humaniza a assistência.

A musicoterapia faz com que a respiração seja mais lenta e profunda, diminui as excitações sensoriais, diminui o estresse, permite o domínio das forças afetivas e auxilia no bom funcionamento da fisiologia. Por conseguinte, pode aliviar a dor durante as contrações, diminuir a tensão e o medo, promover um relaxamento eficaz nos intervalos das contrações, uma maior tolerância à dor e ao desconforto, contribuindo assim para uma boa evolução do trabalho de parto. (TABARRO et al., 2010).

Durante o trabalho de parto faz-se necessário um ambiente acolhedor, o silêncio e a pouca luz devem prevalecer, pois as luzes excitam o córtex cerebral da mulher e a penumbra aguça a sensibilidade, diminui a ansiedade, promove o relaxamento, além de reduzir durante o parto o impacto estressante para o bebê no seu primeiro contato visual com a luz. Nesta perspectiva, manter o ambiente o mais natural possível é uma estratégia que faz parte da tecnologia de cuidado. (MACEDO et al., 2008).

Segundo Gallo et al. (2011), práticas benéficas para uma boa evolução do trabalho de parto por meio do relaxamento incluem desde o incentivo a pensamentos

positivos para desmistificar o trauma da dor no trabalho de parto, posturas confortáveis a ambientes tranquilos, com música ambiente, pouca iluminação. O relaxamento deve ser progressivo, podendo ser estimulado por métodos como massagens, respiração com movimentos de inspiração e expiração suave, movimentos de relaxamento do corpo, banhos de imersão ou duchas aquecidas e até mesmo pelo fato de estar com seu acompanhante.

Em relação à deambulação, percebe-se que as parturientes do serviço em questão são estimuladas a deambularem durante o trabalho de parto (média de  $87\% \pm 0,04$ ), prática em consonância ao recomendado pela OMS (1996) na categoria A – Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e parto.

O estudo Nascer no Brasil aponta que aproximadamente 45% das mulheres referiram ter se movimentado durante o trabalho, destacando-se esta prática na Região Sul (56,3%). (LEAL et al., 2014a). Novamente, a maternidade sob estudo destaca-se por apresentar melhores resultados.

Durante o trabalho de parto, a imobilidade materna pode levar a distócias e a cesáreas por não haver progressão ou descida fetal. Há fatores que podem diminuir a movimentação materna, como obesidade, falta de entendimento da mulher sobre a importância da movimentação, uso de intervenções como amniotomia, infusão de ocitocina, monitoramento fetal contínuo e analgesia peridural. (SILVA et al., 2011).

A movimentação e o posicionamento materno aumentam os diâmetros dos ângulos pélvicos, o que facilita a descida e o encaixe fetal. Conseqüentemente, favorece a evolução do progresso do trabalho de parto. Pode reduzir a dor, facilitar a circulação útero-fetal, promover contrações efetivas e diminuir a duração do trabalho de parto. (SILVA et al., 2011).

Evidências científicas apontam que a duração do primeiro período do parto pode ser reduzida em aproximadamente uma hora, em mulheres que se mantêm verticalizadas e propensas a receber menos intervenções. Os profissionais de saúde devem encorajar as parturientes a adotarem posições confortáveis e a se moverem livremente conforme as suas necessidades. (LAWRENCE et al., 2010).

Na maternidade em estudo ficou evidente que as mulheres têm seu direito garantido na escolha da posição de parir. A posição semi-sentada foi a opção mais escolhida pelas parturientes, com uma média de  $60\% \pm 0,05$  das escolhas. Já a posição de litotomia, que é contrária ao preconizado pela OMS, teve uma média de  $13\% \pm 0,03$ .

Este resultado evidencia que o cuidados ofertado pela enfermeira obstétrica respeitam a autonomia e escolha da mulher, pois o aumento das posições verticalizadas e a redução da posição de litotomia ocorreu em sua maior proporção a partir da maior atuação destas profissionais em janeiro de 2015.

De acordo com os dados da pesquisa Nascer no Brasil (LEAL et al., 2014a), a posição de litotomia ainda é muito utilizada no parto. A região Centro-Oeste é a que mais utiliza esta prática (97,3%), seguida da região Sul (95,3%). Percebe-se que a maternidade Bairro Novo se destaca por evitar a posição litotômica.

Observa que a partir de maio as posições lateralizada, cócoras e em pé começam a subir, em detrimento as posições semi-sentada, lateralizada e litotomia que diminuem. Isso mostra que agora de fato, o respeito a liberdade de posição está acontecendo e esta mudança se deve a uma maior segurança dos profissionais no atendimento ao parto. Daí dá maior liberdade às mulheres que naturalmente assumem posições não supinas.

A posição supina pode trazer inúmeras consequências durante o parto como: hemorragia no parto e no pós-parto, hipotensão materna, sofrimento fetal, compressão da veia cava e aorta, estreitamento do canal do parto, a não utilização da força da gravidade, contrações uterinas ineficientes, perda da mobilidade pélvica, trabalho de parto lento, mais dor e desconforto à mulher. (SABATINO, 2010).

Nas posições verticalizadas, cuja exceção é a posição litotômica, a ação da gravidade é efetiva, pois atua naturalmente no período expulsivo, favorece a oxigenação placentária pela liberação dos grandes vasos, preservando assim a vitalidade fetal, bem como a manutenção do equilíbrio ácido-básico do recém-nascido em períodos expulsivos prolongados. (SABATINO, 2010).

Adicionalmente, a verticalização materna causa menos desconforto e mais facilidade de puxos espontâneos, menos traumatismos vaginais ou perineais, além de reduzir a duração do período expulsivo e promover melhores resultados de Apgar, melhor satisfação das mulheres pela redução da dor lombar e melhor movimentação no parto. (OMS, 1996).

Com o auxílio da gravidade, as posições verticais aumentam o tamanho do diâmetro da pelve, as contrações tornam-se menos dolorosas e mais eficazes, e a mulher obtém o alívio da dor devido a menor pressão exercida sobre o sacro. A posição sentada alivia as dores na região lombar e possibilita a massagem. Por sua vez, a posição em quatro apoios reduz o efeito da gravidade, permite a massagem lombar e

favorece a rotação interna fetal, além de ser indicada para corrigir mal posicionamento fetal, reduzir pressão e edema cervical, bem como aumentar o diâmetro pélvico no período expulsivo. Já a posição de cócoras aumenta os diâmetros pélvicos, contribui na descida fetal e promove relaxamento dos músculos perineais (GIZZO et al., 2014).

E por fim, na categoria A, o contato pele a pele imediatamente após o nascimento ocorreu em média  $73\% \pm 0,06$  na maternidade em estudo, considerando o total de nascimentos de partos normais no período estudado.

Vale ressaltar que a maternidade possui o título de Hospital Amigo da Criança, e tem como referência a Portaria 371/2014 relativa ao cuidado integral e humanizado ao recém-nascido, prevista no Contrato de gestão 336-SMS. Para a manutenção deste título, faz-se obrigatório o cumprimento desta prática na maternidade.

Colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães está descrito no quarto passo, entre os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança, e deve ser realizado: "[...] imediatamente após o parto durante pelo menos uma hora e encorajar as mães a reconhecerem quando seus bebês estão prontos para mamar, oferecendo ajuda, se necessário". (OMS; UNICEF, 2009). A OMS (1996) recomenda que imediatamente após o nascimento, o bebê seja secado e colocado sobre o abdômen mãe, e ali mesmo seja avaliada sua vitalidade.

Além de incentivar a amamentação precoce, o contato pele a pele promove o vínculo entre o binômio mãe e filho, acalma o bebê, estabiliza seus batimentos cardíacos e a respiração, aquece o bebê com o calor do corpo da mãe, promove a adaptação metabólica, estabilização da glicose, reduz o choro conseqüentemente ao estresse e o uso de energia, bem como favorece a colonização bacteriana do bebê. (OMS, 1996; UNICEF, 2009).

A OMS recomenda que esta prática deve ser estimulada pelos benefícios já apresentados acima e também pela prevenção de hemorragias materna no pós-parto pela produção de contrações uterinas durante a sucção se a amamentação for iniciada na primeira hora. (OMS, 1996).

Aliada ao contato pele a pele está à condição de respeito pelo bebê, reflexões estas já mencionadas por Leboyer, que descreve os direitos do recém-nascido com um nascimento em condições humanizadas, com ambiente aquecido, pouca iluminação, música suave e de que a primeira pessoa ao pegar o bebê nos braços possa ser a mãe, reforçando a premissa de que o bebê deve nascer sem violência, em um

ambiente agradável para que a transição do útero para o exterior seja a mais suave possível. (LEBOYER, 1975).

O contato pele a pele faz parte do cuidado integral e humanizado na assistência obstétrica e são reforçadas na Portaria n.º 371/2014. As diretrizes descrevem que o recém-nascido a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial seja colocando em cima do abdômen materno, de acordo com a vontade desta, seja secado e aquecido, com temperatura ambiente em torno de 26 graus, e estimulado o aleitamento materno na primeira hora de vida. (BRASIL, 2014b).

Os demais cuidados com o recém-nascido devem ser postergados nessa primeira hora de vida, como exame físico, peso, medidas antropométricas, banho, vacinação. Para recém-nascido com respiração ausente ou irregular, tônus diminuído e/ou com líquido meconial, deve-se seguir o fluxograma de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria. (BRASIL, 2014b).

Nesta pesquisa não foram obtidos dados relativos às práticas prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas (Categoria B), como o enema, tricotomia e cateterização venosa profilática.

Em relação às práticas para a qual não existem evidências suficientes para apoiar a sua recomendação (Categoria C), destaca-se a amniotomia, que na maternidade foi utilizada em média no parto de  $20\% \pm 0,06$  das parturientes no período do estudo.

Os resultados mostrou uma grande diferença em relação à prática de amniotomia a partir de janeiro de 2015. O percentual entre jul a dez 2014 teve uma média de 23,8%, de jan a jul de 2015, uma média de 17%. Percebe-se uma nítida diferença, em que baixou 7 pontos percentuais. Isso significa que os profissionais estão respeitando mais a evolução natural do parto. Dado também coincidente com o aumento do número de atendimentos realizados pelas enfermeiras obstétricas.

Em 1973, a amniotomia era uma intervenção recomendada como de rotina. E deveria ocorrer uma hora após a hospitalização da mulher em trabalho de parto. Porém estudos verificaram aumento considerável de desacelerações dos batimentos cardíacos fetais. Outros estudos sugeriram que amniotomia precoce reduziria, em média, de 60 e 120 minutos a duração do trabalho de parto, porém não havia evidências com efeitos favorável ou desfavorável sobre o estado do recém-nascido. Sendo assim, a OMS ressalta que deva haver um motivo válido que justifique a interferência no rompimento espontâneo das membranas. (OMS, 1996).

Resultados da Pesquisa Nascer no Brasil demonstraram que 40,7% das mulheres foram submetidas a amniotomia durante o trabalho de parto em serviços de risco obstétrico habitual, sendo a região Sul (47,9) a que mais realizou o procedimento. (LEAL et al., 2014a). A maternidade apresentou taxas inferiores às encontradas na pesquisa.

A amniotomia é um procedimento simples, mas não é isento de riscos, como: prolapso do cordão umbilical, compressão do polo cefálico com desacelerações da frequência cardíaca fetal, aumento da taxa de infecção e desconforto materno. Este procedimento não é recomendado como método de indução do parto, pois não há evidências suficientes sobre sua efetividade e segurança. (SOUZA et al., 2010).

Revisão sistemática internacional revelou que, como prática rotineira, a amniotomia tem sido muito utilizada em diversos países, em mulheres com trabalho de parto prolongado, mas apresenta uma série de riscos envolvendo alterações da frequência cardíaca fetal ou problemas com o cordão umbilical. O estudo aponta evidências de que a amniotomia não reduz o tempo do trabalho de parto, portanto não deve ser recomendado de rotina. (SMYTH; MARKHAM; DOWSWELL, 2013).

Em relação à pressão no fundo uterino durante o parto, conhecida como Manobra de Kristeller, foi utilizada em média, para  $5\% \pm 0,02$  das mulheres no período estudado. Comparado ao estudo Nascer no Brasil (37,3) este percentual médio é bem reduzido e com tendência à diminuição, e em um dos meses estudados, não foi realizado nenhuma vez.

Novamente a diminuição desta prática se destacou a partir de janeiro de 2015, o que coincide com o momento que as Enfermeiras Obstétricas iniciaram o atendimento do maior número de partos, bem como com os dados que aumentaram quando as mulheres começam a assumir as posições de cócoras, quatro apoios e em pé para parir.

Autores, como Leal et al. (2014b), apoiados nas recomendações da OMS (1996), descrevem que em um cenário de tantas intervenções e violências institucionais, a manobra de Kristeller deve ser indicada como uma intervenção desnecessária, até que evidências efetivas e seguras justifiquem sua utilização.

Esta manobra pode reduzir o tempo do segundo período do parto. Porém sem benefícios, e ainda comprometer as trocas gasosas entre mãe e feto, causar desconforto e dor à parturiente, complicações uterinas e perineais, portanto recomenda-se que não seja utilizado sem evidências da sua utilidade. (WHO, 1996).

No entanto, autores como Verheijen, Raven e Hofmeyr (2009) encontraram evidências de que a manobra de Kristeller não apresenta benefícios e tem fortes recomendações para ser evitada, pois apresenta riscos potenciais como ruptura uterina, danos ao esfíncter anal, fraturas ou lesões cerebrais do recém-nascido e não há nenhuma evidência disponível para concluir sobre os efeitos benéficos ou maléficos.

Finalizando as práticas da Categoria C, tem-se o clampeamento precoce do cordão umbilical como uma prática para a qual não há evidências suficientes para serem apoiadas. No primeiro mês de estudo, a maioria (56%) dos recém-nascidos tinham o cordão umbilical clampeado precocemente, mas esta prática apresentou diminuição da frequência com uma média de  $33\% \pm 0,11$  no período estudado.

O clampeamento precoce do cordão umbilical pode ser justificado no caso de bebês que tiveram sua vitalidade comprometida e apresentaram intercorrências ao nascer, como dificuldade respiratória, diminuição do tônus ou presença de líquido meconial, portanto, precisaram de atendimento imediato do pediatra.

A Portaria n.º 371/2014, que já é implantada na maternidade, apresenta as diretrizes para a atenção integral e humanizada ao recém-nascido, e descreve que para os recém-nascidos a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial, o clampeamento do cordão umbilical deve ser realizado após cessadas suas pulsações, no período de 1 a 3 minutos. Entretanto, o clampeamento do cordão umbilical deve ser imediato em casos de mães isoimunizadas ou HIV e HTLV positivas. (BRASIL, 2014b).

A OMS informa haver evidências científicas de que quando o recém-nascido for colocado no nível da placenta ou abaixo dela por três minutos, há uma transferência de aproximadamente 80 ml de sangue da placenta, fornecendo cerca de 50 mg de ferro. Se por um lado, esta prática pode reduzir os riscos de anemia ferropriva no primeiro ano de vida. Por outro lado, pode causar hipervolemia, policitemia, hiperviscosidade e hiperbilirrubinemia. A OMS refere que não foram comprovadas diferenças clinicamente relevantes entre o clampeamento tardio ou precoce. Diante deste impasse, ainda assim a OMS ressalta que o clampeamento tardio é fisiológico e o clampeamento precoce é uma intervenção que deve ter justificativas relevantes para que seja feito. (OMS, 1996).

Estudos clínicos recentes concluíram que o clampeamento tardio do cordão resulta em melhores níveis de ferritina até os 4 meses de idade e redução da

prevalência de anemia neonatal, sem aumentar a necessidade de fototerapia, o que leva ao incentivo desta prática. (ANDERSSON et al., 2011).

Dentro das práticas que são frequentemente utilizadas de modo inadequado, classificadas como Categoria D, está a restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.

Embora na média de  $32\% \pm 0,18$  das parturientes ficaram em restrição hídrica e alimentar, houve grande variação entre os resultados relativos a esta prática no período do estudo (intervalo de 11% a 68%). Estes resultados apontam não haver uma conduta uniformizada quanto a esta prática na maternidade, o que merece um aprofundamento sobre o assunto, pois parece revelar que há muitas divergências em relação ao jejum das mulheres. Talvez este fato evidencie o poder da prescrição do médico, ainda que o processo de parto de uma mulher seja fisiológico, e nos casos de boa evolução, mantê-la em jejum, parece-nos manter, uma conduta simbólica e desnecessária. Para evitar esta prática como rotina indiscriminada, faz-se necessário o embasamento médico em evidências científicas e avaliação precisa da real necessidade da restrição hídrica e alimentar.

A pesquisa Nascer no Brasil mostra que 74,4% das parturientes atendidas em maternidades de risco obstétrico habitual permanecem em jejum. Resultados da região sul apontam que 78% das parturientes foram submetidas ao jejum. Os autores reforçam que não existem evidências que apoiem a restrição de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto para as mulheres com baixo risco de complicações. (LEAL et al., 2014a).

A antiga recomendação de jejum durante o trabalho de parto era pautada no risco de aspiração do conteúdo gástrico diante da necessidade da utilização da anestesia geral (Síndrome de Mendelson). Porém é rara a necessidade de utilização da anestesia geral durante o parto em mulheres de risco obstétrico habitual. Ressaltava ainda, que a alimentação durante o trabalho de parto previne a cetose, e mesmo na analgesia de parto via peridural, a ingestão de líquidos claros é permitida, e o jejum só é necessário se existir a probabilidade de anestesia geral ou indicação de cesariana. (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

A alimentação e a ingesta hídrica durante o trabalho de parto é fundamental para repor o alto consumo de energia materna despendido no trabalho de parto, bem como garantir o bem-estar fetal e materno, evitando-se além da cetose, a desidratação. As infusões intravenosas de rotina em substituição da hidratação oral

não são indicadas, pois interferem no processo natural e restringem a liberdade de movimentação da mulher. Portanto não há justificativa para a manutenção da rotina de jejum para parturientes de baixo risco. (OMS, 1996).

A restrição hídrica e alimentar impacta na autonomia e liberdade de escolha da mulher, que deve ser respeitada. A Síndrome de Mendelson é um resultado adverso muito raro, o que não justifica a restrição de alimentos e ingestão de líquidos durante o trabalho de parto. Neste caso, há necessidade de mais pesquisas para determinarem as estratégias nutricionais e de hidratação mais eficazes para mulheres. (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2010).

A *American Society of Anesthesiologists* (ASA) evidencia que a maioria das mulheres se beneficia ao se alimentar durante o trabalho de parto, com maior suporte de calorias e energia. Isto se justifica, pois o parto demanda energia e calorias semelhantes às exigidas em uma maratona, e o jejum prolongado leva ao gasto de gordura como fonte de energia, aumenta a acidez sanguínea materna e fetal, causa estresse emocional, reduz as contrações uterinas, diminui o fluxo sanguíneo, levando ao sofrimento fetal. (ASA, 2015).

A ASA sugere mudanças nas práticas relacionadas à alimentação durante o trabalho de parto e que a avaliação da parturiente seja individualizada, já que estudos mostram que as complicações de broncoaspiração pulmonar são altamente improváveis e quase inexistentes, devido aos avanços nos cuidados de anestesia e ao aumento do uso de epidurais e raquianestesia. (ASA, 2015).

Como integrante da Categoria D, a analgesia peridural é uma prática que é usada de modo inadequado. A analgesia peridural é uma prática pouco utilizada na maternidade, destaca-se que em dois meses não foi utilizada em nenhuma parturiente, e apresentou uma média de 1%,  $\pm 0,005$  da utilização desta prática no período em estudo.

Porém, recomenda-se que esta prática seja utilizada com maior frequência no serviço, pois há casos em que a analgesia peridural é necessária. Portanto a sua utilização deve ser analisada de forma individualizada e criteriosa, respeitando a escolha da mulher, associada à utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor.

A pesquisa Nascer no Brasil demonstrou que 31,5% das parturientes de risco obstétrico habitual foram submetidas à analgesia peridural. (LEAL et al., 2014a).

Estudos trazem correlação entre a analgesia epidural e intervenções no nascimento, com evidências fortes de que a analgesia epidural está associada ao aumento do risco de parto instrumental, e aumento das taxas de cesariana. (LEAL et al., 2014a).

Utilizada por mais de 20 anos, a analgesia epidural apesar de proporcionar efetivo alívio da dor durante o trabalho de parto (OMS, 1996; CUNHA, 2010a; PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010), está associada a desfechos adversos, como: aumento do risco do parto vaginal operatório (OMS, 1996; CUNHA, 2010a; PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010), devido ao relaxamento do assoalho pélvico, retardando a rotação do polo cefálico; diminuição do puxo involuntário; redução da contrações uterina (CUNHA, 2010a); com aumento da duração do segundo estágio do parto, maior utilização de ocitocina e Apgar menor que sete no quinto minuto. (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

Todavia, embora estudos anteriores apontam que havia um aumento no número de cesáreas, especialmente quando a analgesia peridural era utilizada antes de 5cm de dilatação, o que indicava sua realização em hospitais bem equipados e com funcionários suficientes (OMS, 1996); Porto, Amorim e Souza (2010) afirmam que não há evidências para o aumento do risco de cesariana em decorrência do uso da analgesia. Logo, infere-se que a utilização desta prática deve ser tomada em comum acordo entre a mulher e o médico. (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

A correção da dinâmica com a utilização de ocitocina está categorizada como prática utilizada de modo inadequado, pelas recomendações da OMS (1996). Na maternidade em estudo, a média de mulheres que utilizaram ocitocina durante a internação foi de 38%,  $\pm$  0,08, o que não é muito diferente da pesquisa Nascido no Brasil que apresentou como resultado 38,2% das mulheres de risco habitual utilizou a medicação.

De forma geral, observa-se que a ocitocina ainda é muito utilizada. Ao fazermos uma análise da média de uso entre os anos de 2014 e 2015, observa-se que em 2014 a média de uso na maternidade foi de 44% e em 2015 a média foi de 27,6%, havendo uma diminuição de 16,4% no último ano.

Em estudos randomizados foi evidenciado que mulheres que receberam ocitocina para correção da dinâmica uterina relataram que a intervenção foi desagradável, muito dolorosa e houve diminuição da mobilidade por causa da dor. Em conclusão, a ocitocina deve ser usada com critérios, o trabalho de parto deve ser

monitorado cuidadosamente, bem como a avaliação contínua da vitalidade fetal. (OMS, 1996).

A denominação 'manejo ativo do parto' inclui intervenções como ocitocina e a amniotomia, com o objetivo de reduzir a duração do segundo estágio do trabalho de parto e a taxa de parto instrumental. Todavia, revisões sistemáticas apontam que a redução da cesariana é mínima e o manejo ativo do parto deve ser ponderado contra os riscos de intervenções em mulheres de risco habitual. (LEAL et al. 2014a).

Estudos apontam que o uso abusivo da ocitocina deve ser eliminado, pois pode ocasionar hiponatremia, hipervolemia, edema agudo de pulmão, convulsão, coma e morte, bem como o aumento da taxa de intervenções durante o parto (SOUZA et al., 2013).

A ocitocina deve ser administrada com doses crescentes e o trabalho de parto deve ser monitorado rigorosamente por meio do partograma e observação criteriosa para o risco de rotura uterina, hiperestimulação uterina e sofrimento fetal agudo. (CUNHA, 2010b).

Outra prática considerada como realizada de modo inadequado é à transferência rotineira da parturiente para outra sala no período expulsivo. Os resultados da maternidade relativos a esta prática mostra que a média das mulheres encaminhadas para outro ambiente no período expulsivo foi de 19%, entretanto é evidenciado que a prática vem diminuindo significativamente.

Ao analisarmos comparativamente as médias entre os dois anos analisados, observa-se que em 2015 as mulheres foram menos transferidas do ambiente onde estavam, no período do expulsivo, ou seja, em 2014 em média 23% delas foram transferidas e em 2015, 15,9% delas.

A transferência de ambiente para a sala de parto esta relacionada à indicação da posição litotômica, que é a posição tradicionalmente predominante na atenção obstétrica.

A maioria dos hospitais tem como rotina transferir a mulher no início do período expulsivo, para uma sala específica de atendimento ao parto, com luzes intensas, instrumentos e uma mesa obstétrica com estribos ou perneiras metálicas. Este ambiente pode até ser conveniente para o profissional, porém é extremamente desagradável para a parturiente. Então recomenda-se que o parto seja atendido no mesmo local em que a mulher se encontra durante o trabalho de parto. (OMS, 1996).

A experiência positiva do parto pode estar diretamente relacionada ao auto controle e autonomia da mulher, como nos casos em que ela escolhe a posição de parto, que possibilita a liberdade de movimentação e tem o auxílio da gravidade, impactando na redução do tempo de trabalho de parto e menor necessidade de intervenções. (GIZZO et al., 2014).

Sendo assim, a transferência da mulher para outro ambiente no momento do parto se contrapõe às recomendações da OMS e Rede Cegonha, pois além de desconfortável, a posição materna na sala de parto é predominantemente litotômica.

A Rede Cegonha, que recomenda práticas obstétricas baseadas em evidências científicas e na humanização preconiza que todos os períodos clínicos do parto sejam atendidos no mesmo ambiente, denominado pré-parto/parto/puerpério-PPP, bem como na presença do acompanhante, incluindo os cuidados com os recém-nascidos. Estas práticas devem garantir à mulher: a escolha das diversas posições no trabalho de parto e parto, privacidade, contato precoce entre a mãe e o recém-nascido, ambiente e métodos não farmacológicos de alívio da dor. (BRASIL, 2011b).

E por fim, entre as práticas utilizadas de forma inadequadas, está o uso liberal ou rotineiro de episiotomia. A maternidade obteve como resultados no período do estudo uma média de 15%  $\pm$ 0,06, de frequência desta prática.

Os resultados chamam atenção em relação à prática da episiotomia, pois em abril de 2015 há uma diminuição substancial desta prática e que parece coincidir com o aumento da frequência de posições de partos mais fisiológicas como: de cócoras e em quatro apoios.

A pesquisa Nascer no Brasil apresentou como resultado 56,1% de frequência desta prática em parturientes de risco habitual, e quase 75% eram primíparas, sendo a região sul a segunda região que mais realiza o episiotomia. A pesquisa evidenciou que a prática ainda é utilizada com o objetivo de proteger traumas perineais e possíveis incontinências, teoria esta infundada e sem evidências científicas, uma vez que a episiotomia aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto graus, infecção e hemorragia, portanto o seu uso de forma rotineira deve ser eliminado. (LEAL et al., 2014a).

Não existem evidências confiáveis para o uso liberal ou rotineiro da episiotomia, bem como sobre seus benefícios, mas há evidências claras de que pode causar danos, portanto a recomendação da OMS é que a indicação do procedimento seja

de uso limitado, em torno de 10% a fim de que não cause malefícios à mãe ou ao recém-nascido. (OMS,1996).

O uso rotineiro da episiotomia é bastante elevado, com taxas de até 90%. A primiparidade e a prematuridade não são indicações de episiotomia, e a capacidade de distensão da musculatura pélvica é elevada, além de levar a complicações como roturas perineais de 3.º e 4.º graus, dispareunia, infecção e hematomas. (ZANETTI et al., 2009).

As diretrizes do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) estabelecem que as evidências científicas não apoiam o uso liberal ou rotineiro de episiotomia. Todavia, a sua indicação deve ser avaliada em trabalhos de partos prolongados ou grande risco de grave lesão perineal. Por sua vez, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) ressalta a importância de que este procedimento cirúrgico, antes de realizado, deve ter o consentimento informado da parturiente e não deve ser utilizado de forma rotineira. (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010).

## 6 CONCLUSÃO

A partir dos resultados desta pesquisa, foi possível constatar que a maternidade sob estudo, está em processo de construção de um novo modelo de atendimento obstétrico, caracterizado como modelo humanístico, com algumas práticas já incorporadas à rotina do serviço de acordo com as diretrizes da Rede Cegonha e recomendações da OMS, porém há outras passíveis de serem reorganizadas e realizadas com maior frequência por todos os profissionais.

Observa-se que a atuação da enfermeira obstétrica no cenário da assistência ao parto e nascimento foi fundamental para a mudança de modelo na maternidade em estudo, pois abriu espaço às enfermeiras na assistência direta à mulher no atendimento ao parto e nascimento, assim como na gestão do cuidado.

Evidenciou-se que as mudanças propostas por um novo modelo avançou de forma gradativa, sendo possível correlacionar as práticas de cuidado à mulher à atuação de enfermeiras obstétricas, pois os indicadores assistenciais começaram a corresponder às diretrizes da Rede Cegonha a partir da atuação efetiva destas profissionais. Haja vista que a partir de janeiro de 2015, um ano após a contratação destas profissionais na instituição, até julho desse ano, a proporção do atendimento mensal ao parto por enfermeiras obstétricas foi sempre superior a 60% do total de atendimentos ao parto realizados por todos os profissionais.

Outro aspecto relevante também, é que a partir do aumento da assistência oferecida pela enfermeira obstétrica, as práticas baseadas em evidências foram implantadas, como a verticalização da mulher no parto, o contato pele a pele imediato realizado em maior proporção, somados ao clampeamento tardio do cordão, bem como às práticas de relaxamento para alívio da dor, presença do acompanhante, disponibilização de espaço para as mulheres se movimentarem livremente, e também práticas abolidas pela instituição como o enema e a tricotomia, já desde o início da implantação do modelo.

O empenho da gestão na proposta de mudança do modelo assistencial foi fundamental para efetivação dos princípios e recomendações do modelo proposto pela Rede Cegonha, no qual a assistência ao parto e nascimento deve ser pautado no cuidado humanizado e em evidências científicas. Entretanto ficou evidente há resistência por parte de alguns profissionais na mudança proposta pela instituição.

Muitos são os desafios a serem enfrentados no processo de construção de um novo modelo assistencial, há que se envolver cada vez mais os profissionais no serviço, para que a prática tradicional se transforme em processos de trabalhos humanizados e resolutivos, pressupondo a responsabilização, ética e postura profissional, a ação multiprofissional focada em objetivos comuns, a saber: qualidade da assistência obstétrica e a satisfação da mulher no ciclo gravídico puerperal.

A gestão definiu um novo modelo assistencial a ser construído, a partir daí elegeu estratégias efetivas para dar seguimento a esta proposta. Inicialmente, divulgou entre os profissionais as portarias e diretrizes, criação de protocolos assistenciais, metas e indicadores. Atrelados a estas estratégias, criou o colegiado gestor e a comissão permanente, com o papel de agregar discussões para aprimoramento do serviço e atuar no controle social, respectivamente.

Muitos profissionais tem a concepção de que o manejo ativo do trabalho de parto contribui para redução das cesáreas, porém aumenta significativamente as intervenções desnecessárias e o desrespeito à autonomia da mulher. E a premissa de Hipócrates norteia a realização do cuidado humanizado – primeiro, não cause dano conseqüentemente o cuidado à mulher requer um ambiente acolhedor, garantia de sua participação, exercendo sua autonomia de forma compartilhada com os profissionais. Para isso, faz-se necessário que os profissionais sejam capacitados para tal atendimento, e que as escolhas da mulher não seja inibidoras de um bom atendimento profissional.

Para tanto, há práticas ainda em descompasso com as práticas baseadas em evidência, como o uso de ocitocina, amniotomia e a restrição hídrica e alimentar. Conforme acordado em protocolo interno da maternidade, sugere-se uma discussão no nível do Ministério da Saúde, para que estas práticas sejam revistas, os profissionais sejam capacitados em práticas baseadas em evidências e as mulheres possam ter mais autonomia sobre seus partos.

A assistência à saúde no Brasil ainda tem muitas lacunas, uma delas é a fragmentação e ausência da filosofia do trabalho em equipe em busca de melhores resultados. Vários eventos adversos estão relacionados a um trabalho em equipe fraco e desarticulado, o que poderia ser evitado com a atuação de equipes multiprofissionais qualificadas, compartilhando saberes e espaços de atuação.

Ficou evidente a preocupação da gestão em trabalhar questões de educação em saúde, com o objetivo de empoderar as mulheres para o parto e nascimento,

com informações baseadas em seus direitos. As atividades, como oficinas com as gestantes, consulta da 37.<sup>a</sup> semana, plano de parto e o aproveitamento de qualquer oportunidade para orientação da gestante também fortalecem o vínculo entre profissionais e mulheres, maior conhecimento das questões relativas ao parto e nascimento, o que leva ao maior protagonismo e satisfação das mulheres durante o atendimento.

Fator importante identificado é a oferta do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica pelo serviço, o que demonstra a preocupação da gestão em proporcionar a futuras enfermeiras obstétricas uma formação qualificada, baseada nos preceitos do SUS, e em evidências científicas.

Finalmente, sob a luz desta pesquisa, recomenda-se à gestão que além de monitorar continuamente os indicadores assistenciais, que sejam valorizados os seus resultados e divulgados, entre os gestores municipais, profissionais responsáveis pela assistência, gerando discussões, estudos clínicos e reuniões entre eles, com exposição dos objetivos e estratégias da gestão e do modelo assistencial, com vistas ao aprimoramento constante.

Adicionalmente, destaca-se a relevância de que os resultados revelados pelos indicadores assistenciais e as conquistas da gestão sejam divulgados à comunidade e à Comissão de controle social. Assim, com a participação social, a gestão terá legitimidade para envidar esforços para o fortalecimento e manutenção do modelo assistencial, da manutenção dos direitos das mulheres previstos nas políticas públicas, bem como para a sustentabilidade do serviço.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**, Brasília, v.1, n.1, jan./jul. 2011. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 1.º nov. 2015.

ALENCAR, R. M.; LIMA, S. K. A.; TORRES, C. M. G. O processo de educação em saúde da assistência de enfermagem em mulheres gestantes face á realização do pré-natal. **Revista Interfaces**, v.2, n. especial, jun. 2014.

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (ASA). **Most healthy women would benefit from light meal during labor**. Outubro 2015. Disponível em: <<http://www.asahq.org/about-asa/newsroom/news-releases/2015/10/eating-a-light-meal-during-labor>>. Acesso em: 27 out. 2015.

ANDERSSON, O.; HELLSTRÖM-WESTAS, L.; ANDERSSON, D.; DOMELLÖF, M. Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial. **BMJ**, v.343, p.d7157, 2011.

BARBIERI, M.; HENRIQUE, A. J.; CHORS, F. M.; MAIA, N. L.; GABRIELLONI, M. C. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta Paulita de Enfermagem**, v.26, n.5, p.478-484, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: MS, 2004.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n.º 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)>. Acesso em: 05 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da rede cegonha**. Brasília: MS, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011c. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 15 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.351, de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria n.º 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. 2011d. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351\\_05\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html)>. Acesso em: 05 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n.º 650, de 5 de outubro de 2011e. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650\\_05\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html)>. Acesso em: 05 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Mortalidade materna no Brasil. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde**, v.43, n.1, 2012a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/profissional-e-gestor/vigilancia/links-vigilancia>>. Acesso em: 10 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ações da Rede Cegonha reduzem mortalidade materna em 21%. **Portal da Saúde**, 2012b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/profissional-e-gestor/vigilancia/links-vigilancia?start=30>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 930, de 10 de maio de 2012c. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html)>. Acesso em: 07 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderno Humaniza SUS**: humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/caderno\\_humanizasus\\_v4\\_humanizacao\\_parto](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto)>. Acesso em: 20 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 371, de 7 de maio de 2014b. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371\\_07\\_05\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html)>. Acesso em: 08 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.153, de 22 de maio de 2014c. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153\\_22\\_05\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html)>. Acesso em: 08 set. 2015.

BRUGGEMANN, O. M.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. **Enfermagem na atenção obstétrica e neonatal**. Curitiba. Progressiva, 2011.

CARVALHO, C. C. M.; SOUZA, A. S. R.; MORAES FILHO, O. B. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **Femina**, v.38, n.5, p.265-270, 2010.

CHAVES, L. D. P.; FERREIRA, J. B. B.; CAMELO, S. H. H.; BALDERRAMA, P.; TANAKA, O. Y. Reflexões acerca de Sistemas de Informação em Saúde. Pesquisa Avaliativa e Enfermagem. **Enfermería Global**, v.13, n.34, p.293-302, 2014.

COFEN. Resolução n.º 0477/2015. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. 2015. Disponível em: <[www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015\\_30967.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html)>. Acesso em 1.º ago. 2015.

CORTÉS, M. S.; BARRANCO, D. A.; JORDANA, M. C.; ROCHE, M. E. M. Uso e influência dos planos de parto e nascimento no processo de parto humanizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.23, n.3, p.526-526, 2015.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos**. 2.ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CUNHA, A. A. Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto. **Femina**, v.38, n.11, p.599-606, nov. 2010a.

\_\_\_\_\_. Indução do trabalho de parto com feto vivo. **Femina**, v.38, n.9, p.469-480, set. 2010b.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. **Programa Mãe Curitibana**. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/programas/mae-curitibana>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth". **International Journal of Gynecology & Obstetrics**. v.75, Suppl 1:S5-S23, 2001.

DINIZ, C. S. G.; D'ORSI, E.; DOMINGUES, R. M.S. M.; TORRES, J. A.; DIAS, M. A. B.; SCHNECK, C. A.; LANSKY, S.; TEIXEIRA, N. Z. F.; RANCE, S.; SANDALL, J. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, Sup:S140-S153, 2014.

GALLO, R. B. S.; SANTANA, L. S.; MARCOLIN, A. C.; FERREIRA, C. H. J.; DUARTE, G.; QUINTANA, S. M. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Femina**, v.39, n.1, p.41-48, jan. 2011.

GAYESKI, E.; BRÜGGEMANN, O. M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.19, n.4, p.774-82, out./dez. 2010.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIZZO, S.; DI GANGI, S.; NOVENTA, M.; BACILE, V.; ZAMBON, A.; NARDELLI, G. B. Women's Choice of Positions during Labour: Return to the Past or a Modern Way to Give Birth? A Cohort Study in Italy. **BioMed Research International**, Cairo, v.2014, n.638093, may 2014.

GONZALEZ, A. D.; FERNANDES, E. S.; SILVA, E. F.; RABELO, M.; SOUZA, S. R. R. K. A percepção do acompanhante no processo do nascimento. **Cogitare Enferm.**, v.17, n.2, p.310-314, abr./jun. 2012.

HARADA, M. J. C. S.; CUNHA, I. K. O. **Gestão em enfermagem: ferramentas para uma prática segura**. São Paulo: Yendis, 2011.

LAWRENCE, A.; LEWIS, L.; HOFMEYR, G. J.; DOWSWELL, T.; STYLES, C. **Maternal positions and mobility during first stage labour (Cochrane Review)**. The Cochrane Library. Oxford: Update Software, 2010. v.1.

LEAL, M. C.; PEREIRA, A. P. E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; FILHA, M. M. T.; DIAS, M. A. B.; PEREIRA, M. N.; BASTOS, M. H.; GAMA, S. G. N. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, p.S17-S47, 2014a.

\_\_\_\_\_. Ampliando o debate. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, suppl.1, p.S43-S47, 2014b.

LEBOYER, F. **Birth Without Violence**. Nova York: Alfred A. Knopf, 1975.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Porto Alegre: Editora Educs, 2003.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo**. Brasília: Liber Livro, 2012. v.20.

MACEDO, P. O.; QUITETE, J. B.; LIMA, E. C.; SANTOS, I.; VARGENS, O. M. C. As tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentadas pela teoria ambientalista de Florence Nightingale. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.12, n.2, p.341-347, 2008.

MAIA, M. B. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

MATTOS, D. V.; VANDENBERGHE, L.; MARTINS, C. A. Motivação de enfermeiros obstetras para o parto domiciliar planejado. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v.8, n.4, p.951-959, 2014.

NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONÇALVES, R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciênc. saúde colet.** v.18, n.4, p.1059-1068, 2013.

OLIVEIRA, F. A. M. de; WOLFF, L. D. G. **Avaliação da atenção perinatal em maternidades de risco habitual em município do sul do Brasil**. 163f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

ONIAS, J. M. T. C.; CARVALHO, J. A.; ESCOBAR, K. A. A. Humanização e integralidade da atenção à saúde reprodutiva da mulher no Sistema Único de Saúde - SUS. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.6, n.1, Pub.2, 2013.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança : curso de 20 horas para equipes de maternidade. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). **Linha guia**: Rede Mãe Paranaense. 2012. Disponível em: <[www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha\\_guia\\_versao\\_final.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf)>. Acesso em: 26 nov. 2014.

PORTO, A. M. F.; AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **Femina**, v.38, n.10, p.527-537, 2010.

PRESOTTO, G. V.; FERREIRA, M. B. G.; CONTIM, D.; SIMÕES, A. L. A. Dimensões do trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar. **Revista Rene**, v.15, n.5, p.760-770, 2014..

REIS, C. S. C. ; SOUZA, D. O. M. ; PROGIANTI, J. M. ; VARGENS, O. M. C. As práticas utilizadas nos partos hospitalares assistidos por enfermeiras obstétricas. **Enfermagem Obstétrica**, v.1, n.1, p.7-11, 2014.

SABATINO, H. Análise crítica dos benefícios do parto normal em distintas posições. **Revista Tempus Acta Saúde Coletiva**, v.4, n.4, p.143-148, 2010.

SANTOS, R. S.; CAÍRES, T. L. G. O saber da enfermagem obstétrica e suas contribuições sociais para a autonomia da parturiente. **Revista Enfermagem Profissional**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.422-435, 2014.

SENA, C. D.; SANTOS, T. C. S.; CARVALHO, C. M. F.; SÁ, A. C. M.; PAIXÃO, G. P. N. Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v.2, n.3, p.523-529, 2012.

SILVA, L. M.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; SILVA, F. M. B.; ALVARENGA, M. B. Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.24, n.5, p.656-662, 2011.

SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G. M. Restricting oral fluid and food intake during labour. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.1, CD003930, 2010.

SMYTH, R. M. D.; MARKHAM, C.; DOWSWELL, T. **Amniotomy for shortening spontaneous labour**. 2013. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.6, CD006167, 2013.

SOUZA, A. S. R.; COSTA, A. A. R.; COUTINHO, I.; NORONHA NETO, C.; AMORIM, M. M. R. Análise crítica dos métodos não-farmacológicos de indução do trabalho de parto. **Femina**, v.38, n.4, p.127-134, abr. 2010.

SOUZA, G. N.; SAKITA, M.; LOPES, V.; FERREIRA, D. Q.; MOHAMED, S. H. M.; SOUZA, E. Métodos de indução do trabalho de parto. **Femina**, v.41, n.1, p.47-54, jan./fev. 2013.

SOUZA, K. R. F.; DIAS, M. D. História oral: a experiência das doulas no cuidado à mulher. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.23, n.4, p.493-499, 2010.

SZWARCWALD, C. L.; ESCALANTE, J. J. C.; NETO, D. L. R.; JUNIOR, P. R. B. S.; VICTORA, C. G. Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, p.S71-S83, 2014.

TABARRO, C. S.; CAMPOS, L. B.; GALLI, N. O.; NOVO, N. F.; PEREIRA, V. M. Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.44, n.2, p.445-452, 2010.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. saúde colet.** v.17, n.4, p.821-828, 2012.

TRENTINI, M.; CORRADI, E. M. **Avaliação**: subsídios teóricos práticos para a gestão em saúde. São Paulo: ícone, 2006.

VENTURI, W.; BOKANY, V.; DIAS, G.; ALBA, D.; ROSAS, W.; FIGUEIREDO, N. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado**. Fundação Perseu Abramo e SESC, 2010. Disponível em: <<http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

VERHEIJEN, E. C.; RAVEN, J. H.; HOFMEYR, G. J. Fundal pressure during the second stage of labour. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, n.4, p.CD006067, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Care in Normal Birth**: a practical guide. WHO/FRH/MSM/96.24, 1996. Disponível em: <[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/who\\_frh\\_msm\\_9624/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/)>. Acesso em: 20 nov. 2014.

ZANETTI, M. R. D.; PETRICELLI, C. D.; ALEXANDRE, S. M.; TORLONI, M. R.; NAKAMURA, M. U.; SASS, N. Episiotomia: revendo conceitos. **Femina**, v.37, n.7, p.367-371, 2009.

## APÊNDICES

## APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- (TCLE)

### TCLE - Gestores

Nós, Lillian Daisy Gonçalves Wolff, pesquisador responsável; Márcia Helena de Souza Freire; pesquisador co-participante; mestranda Marcelexandra Rabelo, acadêmica de enfermagem Danielle dos Santos França, convidamos o (a) senhor (a) a participar de um estudo intitulado "**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA EM UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL APÓS A IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA: ESTRATÉGIAS E RESULTADOS**". O objetivo desta pesquisa é: Identificar as estratégias da gestão, fontes de monitoramento, aspectos facilitadores, dificultadores e resultados relativos à implantação da Rede Cegonha em uma maternidade pública de risco habitual.

- a. Caso você participe da pesquisa, como gestor, será realizada uma entrevista com uma única questão norteadora, que será gravada, para haver transcrição na íntegra, com agendamento prévio do local e horário. Será disponibilizada uma cópia do TCLE.
- b. Os benefícios esperados serão a identificação das estratégias da gestão, aspectos facilitadores, dificultadores e resultados relativos à implantação da Rede Cegonha na instituição.
- c. Os responsáveis pela pesquisa poderão ser contatados sempre que necessário para esclarecer eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa, de segunda-feira a sexta-feira das 8:00 às 17:00.

- **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lillian Daisy Gonçalves Wolff.** Fone: 33613626 e (41) 96768200  
Rua: General Aristides Athayde Jr, 561, Apt. 904 – Bigorriho, Curitiba-PR  
Email: ldgwoff@gmail.com.

- **Márcia Helena de Souza Freire.** Fone: 98341888  
Avenida Prefeito Lothário Meissner n.º 632, Jardim Botânico, Curitiba-PR  
Email: marcia.freire@ufpr.br.

- **Marcelexandra Rabelo.** Fones: (41) 96758035  
Rua: Adir Pedroso n.º 777, AP 21, bl 02, Afonso Pena, São Jose dos Pinhais-PR.  
Email: marcelexandra@ig.com.br.

- **Danielle dos Santos França.** Fone: (41) 97627149  
Rua: Almir Nelson de Almeida n.º 290 Ap 14 Bl 05, Campo Comprido, Curitiba-PR.  
Email: danie.dan@hotmail.com.

- d. A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- e. Sua entrevista será gravada, e a transcrição será registrada em um formulário, respeitando-se completamente o seu anonimato. Assim sendo, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. Tão logo os dados do formulário sejam analisados e a pesquisa encerrada, os conteúdos destes serão completamente destruídos. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

#### Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal \_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_  
Orientador \_\_\_\_\_ Orientado \_\_\_\_\_

- f. As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade, e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo da pesquisa para a qual fui convidada a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento, sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, \_\_\_/\_\_\_\_/2015

---

Nome do participante

---

Lillian Daisy Gonçalves Wolff  
Pesquisadora Responsável

---

Márcia Helena de Souza Freire  
Pesquisadora co-participante

---

Marcelexandra Rabelo  
Mestranda do PPGENF/UFPR

---

Danielle dos Santos França  
Acadêmica do Curso de Enfermagem da UFPR

**Rubricas:**

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal \_\_\_\_\_  
 Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_  
 Orientador \_\_\_\_\_ Orientado \_\_\_\_\_





**ANEXOS**

## ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA EM UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL APÓS A IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA: ESTRATÉGIAS E RESULTADOS

**Pesquisador:** LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 45071015.0.0000.0102

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.126.087

**Data da Relatoria:** 26/06/2015

#### Apresentação do Projeto:

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA EM UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL APÓS A IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA: ESTRATÉGIAS E RESULTADOS

LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF e pesquisadoras

colaboradoras: Gisell Campos Galoski Leal (Mestre em Enfermagem)

-Márcia Helena de Souza Freire (Doutora em Enfermagem) e acadêmicos do curso de enfermagem:

Marcelexandra Rabelo (Mestranda do PPGENF); Danielle dos Santos França (Acadêmica do quinto ano do Curso de Enfermagem); Fábio Henrique da Silva (Acadêmico do quarto ano do Curso de Enfermagem); Fernanda Gabriela Leandro Schaedler (Acadêmica do quarto ano do Curso de Enfermagem).

O estudo visa contribuir com a gestão na implementação do modelo de atenção obstétrica preconizado pela Rede Cegonha, através de uma pesquisa que viabilize o diagnóstico da sua implantação, que explicita as facilidades e dificuldades encontradas, as estratégias utilizadas, e os resultados obtidos, de modo a fornecer subsídios para o planejamento institucional em busca da melhoria contínua.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-340

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.126.067

Centro Médico Comunitário e Maternidade Bairro Novo que presta serviços ao SUS em Curitiba-PR.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos obrigatórios foram anexados. Foi anexada a declaração final modelo CONEP, onde o Coparticipante declara ter lido e concordar com o Parecer deste CEP/SD.

**Recomendações:**

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Neecessita Aprovação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: Rua Pedro Camargo, 260  
Bairro: 2º andar CEP: 80.060-240  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3360-7250 E-mail: comite.saude@ufpr.br

**ANEXO 2 - DECLARAÇÃO DE VIABILIDADE DA PESQUISA PELA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE CURITIBA**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que a pesquisadora Lillian Daisy Gonçalves Wolff, protocolou sob o número 70/2015 sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto intitulado: "Avaliação da Assistência Obstétrica em uma Maternidade de Risco Habitual após a Implantação da Rede Cegonha: Estratégias e Resultados". (CAAE:45071015.0.0000.0102)

Declaramos ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Res. CNS 466/12.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança dos participantes nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Por ser verdade firmamos a presente.

Atenciosamente,

Curitiba, 22 de julho de 2015.

**Samuel Jorge Moysés  
Coordenador do CEP/SMS**