

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

CRISTIANNE DAYSE DE OLIVEIRA LIMA

**ACOLHIMENTO HUMANIZADO ÀS GESTANTES DE UMA
MATERNIDADE DE REFERÊNCIA NO MUNICÍPIO DE
CARUARU-PE**

**RECIFE
2012**

CRISTIANNE DAYSE DE OLIVEIRA LIMA

**ACOLHIMENTO HUMANIZADO ÀS GESTANTES DE UMA MATERNIDADE DE
REFERÊNCIA NO MUNICÍPIO DE CARUARU-PE**

Projeto de intervenção apresentado ao IV Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, FIOCRUZ, como requisito para a obtenção do título de especialista em Gestão dos Serviços e Sistemas de Saúde.

Orientadora: Prof^a Msc. Belisa Duarte Ribeiro de Oliveira

RECIFE

2012

Catlogação na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

L732p Lima, Cristianne Dayse de Oliveira.
Projeto de Intervenção: Acolhimento Humanizado as Gestantes de uma Maternidade de Referência no Município de Caruaru-Pe. / Cristianne Dayse de Oliveira Lima. - Recife, 20121.
28 p. : il.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

Orientadora: Belisa Duarte Ribeiro de Oliveira.

1. Saúde materno-infantil. 2. Serviços de saúde materno-infantil. 3. Parto humanizado. I. Oliveira, Belisa Duarte Ribeiro de. II. Título.

CDU 613.9

CRISTIANNE DAYSE DE OLIVEIRA LIMA

**ACOLHIMENTO HUMANIZADO ÀS GESTANTES DE UMA MATERNIDADE DE
REFERÊNCIA NO MUNICÍPIO DE CARUARU-PE**

Projeto de intervenção apresentado ao IV Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, FIOCRUZ, como requisito para a obtenção do título de especialista em Gestão dos Serviços e Sistemas de Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Belisa Duarte Ribeiro de Oliveira
ASCES

Dr. José Luiz do Amaral
CPqAM/FIOCRUZ

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por ter me concedido a oportunidade de concluir mais um curso de especialização e de conviver com pessoas maravilhosas que me ajudaram a superar os momentos difíceis.

A Ricardo, meu esposo, que mesmo sem aceitar minha ausência soube me apoiar com palavras de incentivo e carinho.

Aos amados filhos, João Vitor e Maria Clara, por entenderem que mamãe estava longe de casa estudando em busca de dias melhores.

Aos meus pais, Rinaldo e Maria Alice, por acreditarem no potencial da sua primogênita.

Aos meus irmãos Rinaldo Filho e André por cederem generosamente sua residência durante minha estadia em Recife.

À Belisa Duarte, que mesmo sem me conhecer mostrou-se disponível a colaborar com a construção deste trabalho, incentivando-me a estudar e contribuindo com suas maravilhosas intervenções.

À Flora Raquel por ter permitido a minha participação neste curso e pelas valiosas contribuições para a construção deste projeto.

Aos colaboradores Semente e Nancy Jansen que estiveram presentes nesta caminhada mostrando-se sempre disponíveis.

À Turma Nordeste, mais conhecida como a **Turma de Brogodó**, pelos momentos maravilhosos e extrovertidos vivenciados ao longo de quase um ano e pela qualidade dos debates ocorridos em sala de aula.

Aos amigos de viagem e luta: Efraim, Nadja e Márcia. Valeu, queridos por aguentarem minha tagarelice durante o trajeto Caruaru/Recife e vice-versa.

Às novas amigas construídas nesta longa jornada, especialmente: Luciana Langlois, Alyne Almeida, Girlane Araújo e Josilene Pimentel.

Às amigas do Serviço Social do HJN por segurarem a barra durante minhas saídas sem queixas nem reclamações, especialmente Adnail, Socorro e Edvane.

“Eu posso não estar onde gostaria de estar, mas estou feliz por saber que estou a caminho”. (Joyce Meyer)

LIMA, Cristianne Dayse de Oliveira. Acolhimento Humanizado às Gestantes de uma Maternidade de Referência no Município de Caruaru – PE. 2012. Projeto de Intervenção (Especialização em Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

RESUMO

O presente estudo propõe a implantação de ações que visam a melhoria dos serviços prestados à gestante antes, durante e depois do parto e ao seu bebê. Sabemos que com a hospitalização da mulher durante o processo de trabalho de parto houve uma mudança no modelo de cuidado, onde a preocupação maior está no domínio dos processos fisiológicos do que com as necessidades da mãe e do seu filho. O acolhimento apresenta-se como um dispositivo de gestão que favorece o acesso e cuidado integral da usuária nos serviços de saúde e contribui para a organização dos processos de trabalhos das equipes, permitindo que os profissionais tenham uma abordagem centrada nas necessidades subjetivas do binômio mãe-bebê. O objetivo deste projeto é melhorar o acolhimento às gestantes no Hospital Jesus Nazareno no município de Caruaru-PE e para isto sugere a implantação do acolhimento com a classificação de risco obstétrico e de medidas que assegurem os direitos das pacientes, além de qualificar os profissionais de saúde, pois, acreditamos que estes profissionais ao colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, podem minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer.

Palavras-chaves: Saúde materno-infantil; Serviços de saúde materno-infantil e Parto humanizado.

LIMA, Cristianne Dayse de Oliveira. Humanized host to a Pregnant Maternity Reference in the city of Caruaru - PE. 2012. Intervention Project (Specialization in Health Services and Systems) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, 2012.

ABSTRACT

This study proposes the implementation of actions aimed at improving the services provided to mothers before, during and after childbirth and her baby. We know that with the hospitalization of women during labor, there was a change in the model of care, where the main concern is in the area of physiological processes than with the needs of the mother and her child. The host presents itself as a management device that facilitates access and comprehensive care of the wearer in health services and contribute to the organization of work processes of teams, allowing professionals to have a subjective approach focused on the needs of the mother-baby. The objective of this project is to improve the care of pregnant women in Jesus Nazarene Hospital in the city of Caruaru-PE and this suggests the deployment of host with the classification of obstetric risk and measures to ensure the rights of patients, in addition to qualifying professionals health, because we believe that these professionals to put their knowledge at the service of the welfare of the woman and baby, can minimize the pain, stand beside, give comfort, enlighten, guide, ultimately helping to give birth and birth.

Keywords: Maternal and child health, health services and maternal and child Humanized childbirth.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	MARCO TEÓRICO CONCEITUAL.....	11
2.1	História e Evolução do Parto.....	11
2.2	Humanização e Acolhimento.....	13
3	OBJETIVOS.....	17
3.1	Objetivo Geral.....	17
3.2	Objetivos Específicos.....	17
4	DIRETRIZES.....	18
5	ESTRATÉGIAS.....	19
6	RESULTADOS ESPERADOS.....	20
7	PLANO OPERATIVO.....	21
7.1	Local de Estudo.....	21
7.2	Desenvolvimento do Plano.....	22
8	ORÇAMENTO.....	24
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

O presente projeto propõe uma mudança no processo de trabalho da equipe da maternidade de referência em gestação de Alto Risco em Caruaru – PE, buscando melhorar o acolhimento e a assistência à gestante antes, durante e depois do parto e ao seu bebê devido à identificação de falhas durante a assistência prestada na referida maternidade e tem como pergunta condutora o seguinte questionamento: COMO MELHORAR O ACOLHIMENTO ÀS GESTANTES DO HOSPITAL JESUS NAZARENO?

A espécie humana, que se caracteriza, entre outros atributos, pela inteligência, pela capacidade de comunicação e pela possibilidade de transformação do meio em que vive, modificou profundamente, ao longo do século passado à maneira como o parto e o nascimento se dão pela incorporação de tecnologia (DIAS, 2006).

Historicamente o acompanhamento do trabalho de parto ocorria no ambiente domiciliar, onde a gestante era assistida por outra mulher, geralmente uma parteira de sua confiança, e apoiada pelos seus familiares (BRUGGEMANN et al., 2005).

Com a hospitalização, este acontecimento de forte conteúdo social e cultural, deixou de acontecer no seio da família e passou a ser tratado dentro de um hospital, num modelo de cuidado onde a preocupação maior está no domínio dos processos fisiológicos do que com as necessidades da mãe e do seu filho (DIAS, 2006).

Na realidade brasileira situações de desrespeito para com a mulher durante a assistência ao parto ainda são vivenciadas justificando, por este motivo, a urgente necessidade de repensar formas de melhor acolher e tratar as gestantes. Logo, para que o serviço de saúde adote práticas centradas no usuário, faz-se necessário desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e proporcionar autonomia, incorporando cada vez mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como por exemplo, acolhimento e vínculo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que o bem-estar da futura mãe deve ser assegurado por meio do livre acesso de um membro da família, escolhido por ela, durante o nascimento e em todo o período pós-natal e no Brasil o Ministério da Saúde recomenda que todos os esforços devam ser realizados para garantir que toda parturiente tenha uma pessoa de sua escolha para encorajá-la e

dar-lhe conforto durante o processo de nascimento do seu filho (BRUGGEMANN et al., 2007).

No entanto, mesmo com estas recomendações, as iniciativas do movimento de humanização e mesmo após a sanção da Lei nº 11.108, em abril de 2005, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, reafirmando a necessidade de mudanças na “forma de acolher” à mulher neste momento tão sublime para ela; algumas maternidades ainda não adotaram esta prática.

Atualmente, o Brasil conta com a Rede Cegonha que foi lançada em 2011 e é uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Diante destas situações, temos como desafio modificar a forma que se dá a atenção à mulher na gestação e parto, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, que ainda é centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático (DINIZ, 2005).

No que diz respeito à viabilidade operacional, financeira e política das ações propostas, vimos que são possíveis de serem implantadas por se tratarem de ações simples que demandam baixo custo operacional e que contribuirão com a melhoria da qualidade dos serviços.

Dentro deste contexto o presente projeto visa, entre outros objetivos, implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério.

2 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

2.1 História e Evolução do Parto

Através dos tempos, diferentes significados foram atribuídos à gestação e ao parto e estas vivências, essencialmente femininas, foram de diversas formas experimentadas ao longo de toda humanidade e inúmeros registros confirmam a importância da gestação como evento social mobilizado (DINIZ, 2005).

A tradição de familiares participarem do nascimento, principalmente as mulheres, foi sendo desconsiderada, no início do século XIX, com a incorporação paulatina da obstetrícia pela medicina e da difusão da atenção médica hospitalar (LEÃO; BASTOS, 2001).

Com a institucionalização do parto, após a Segunda Guerra Mundial houve um melhor controle dos riscos materno-fetais, uma diminuição da morbimortalidade materna e infantil, mas também, houve a incorporação de grande número de intervenções desnecessárias, tornando o atendimento impessoal e autoritário e afastando cada vez mais o contato interpessoal dos profissionais de saúde com as pacientes (MORAES et al., 2005).

O parto hospitalar colocou a mulher como objeto e não como sujeito da ação durante o processo de nascimento (MORAES et al., 2005). Isto porque durante muito tempo o modelo assistencial da prática obstétrica e neonatal esteve centrado no modelo biomédico, hospitalocêntrico, que se tornou hegemônico. A dor e a ansiedade são desconsideradas em favor da performance clínica, tornando o atendimento impessoal e autoritário (MORAES et al., 2005).

Segundo Bruggemann et al., (2005, p. 1316),

a institucionalização do parto foi um fator determinante para afastar a família e a rede social do processo de nascimento, uma vez que a estrutura física e as rotinas hospitalares foram planejadas para atender as necessidades dos profissionais de saúde, e não das parturientes. Assim, a maioria das mulheres passou a permanecer internada em sala de pré-parto coletivo, com pouca ou nenhuma privacidade, assistidas com práticas baseadas em normas e rotinas que as tornaram passivas e impediram a presença de uma pessoa de seu convívio pessoal para apoiá-las.

O modelo de atenção ao parto hegemônico no Brasil tem sido denunciado crescentemente por profissionais e movimentos sociais, articulados em um conjunto de valores e práticas identificadas pela noção de humanização da assistência ao parto e nascimento (TORNQUIST, 2003).

Na assistência às gestantes durante o trabalho de parto é bastante antiga a demanda por mudanças no modelo de assistência e da sua humanização. O desafio era feito desde 1940 por um conjunto de pessoas que defendiam o “parto natural” e que consideravam seguro acreditar mais na natureza e menos nas tecnologias médicas (DIAS, 2006).

De acordo com Nagahama e Santiago (2005), é a partir da década de 80 que ocorre um movimento mundial em prol da humanização do parto e nascimento, uma preocupação crescente em dar lugar a novos modelos que considerassem e valorizassem o ser humano em sua totalidade.

No Brasil surgiram várias iniciativas e propostas ao longo do tempo em vários Estados. Ainda na década de 70, surgem profissionais importantes, inspirados por práticas tradicionais de parteiras e índios, como Galba de Araújo no Ceará e Moisés Paciornick no Paraná, além do Hospital Pio X em Goiás, e de grupos de terapias alternativas como a Yoga, com o Instituto Aurora no Rio. Na década de 1980, vários grupos oferecem assistência humanizada à gravidez e parto e propõem mudanças nas práticas, como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul em São Paulo, e os grupos Curumim e Cais do Parto em Pernambuco (DINIZ, 2005).

Algumas práticas que eram correntes antes da institucionalização e medicalização da assistência obstétrica, como o apoio constante de familiares ou amigas da mulher durante o trabalho de parto e o contato contínuo entre pais e bebês após o parto, passam agora a ser incentivadas com respaldo científico (LEÃO; BASTOS, 2001).

A atenção humanizada envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visa a promoção do parto, do nascimento saudável e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal; devendo ser iniciada no pré-natal, garantindo que a equipe de saúde realize procedimentos benéficos para a mulher e o bebê e preserve a privacidade e a autonomia da mulher (MORAES et al., 2005).

Dentre as práticas preconizadas na atenção humanizada está o apoio oferecido à mulher durante o parto, também denominado suporte intraparto, que pode ser realizado tanto por profissionais do serviço como por acompanhantes leigas treinadas, denominadas **doulas**.

O nome “doula” é uma palavra grega que significa mulher que serve e já foi utilizada para descrever aquela que assiste à mulher em casa após o parto,

cozinhando, ajudando a cuidar das outras crianças, segurando o bebê e fazendo tudo o mais que fosse necessário. No entanto, no contexto atual, conforme descrevem Leão e Bastos (2001), o termo **doula** se refere àquela que interage com; que ajuda a mulher em algum momento durante o período perinatal, seja na gravidez, no trabalho de parto ou na amamentação.

2.2 Humanização e Acolhimento

No campo da assistência ao parto é bastante antiga a demanda por mudanças no modelo de assistência e de sua humanização e, nos últimos anos, vários autores e organizações não-governamentais têm demonstrado suas preocupações com a medicalização excessiva no parto (DIAS; DOMINGUES, 2005).

De acordo com Dias (2006, p.08)

O termo humanização tem sido utilizado com frequência cada vez maior quando se fala da assistência à saúde e em especial quando se refere aos cuidados médicos. A humanização que ainda se consolida como um *conceito* é geralmente utilizado para designar uma forma de cuidar mais atenta, tanto para os direitos da cidadania quanto para as questões intersubjetivas entre pacientes e profissionais, visando uma modificação na cultura do atendimento.

Apesar dos avanços e conquistas do SUS, ainda existem grandes lacunas no acesso e no modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde. O grande desafio a ser enfrentado pelos trabalhadores da saúde, gestores e usuários na construção e efetivação do SUS como política pública é transpor os princípios aprovados para o setor Saúde e assegurados nos textos constitucionais para os modos de operar o trabalho da atenção e gestão em saúde.

Com o propósito de restabelecer no cotidiano das práticas de produção de saúde, princípios como o da universalidade/equidade para o acesso e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos cidadãos o Ministério da Saúde cria em 2003 a Política Nacional de Humanização/PNH.

A PNH é uma iniciativa inovadora, tendo por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. O que corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho (BRASIL, 2006).

A Humanização é uma aposta metodológica, certo modo de fazer, lidar e intervir sobre problemas do cotidiano do SUS. Este método caracteriza-se pela tríplice inclusão: inclusão de pessoas, de coletivos e movimentos sociais e da perturbação, da tensão que estas inclusões produzem nas relações entre os sujeitos nos processos de gestão e de atenção, tomados como indissociáveis (BRASIL, 2007).

Esta política apresenta cinco diretrizes centrais para orientar a ação das equipes que têm por tarefa produzir saúde: Gestão Democrática, Garantia dos Direitos dos Usuários, Valorização do Trabalho, Clínica Ampliada e Acolhimento. Estas diretrizes estabelecem os rumos para a construção e experimentação de dispositivos, reorganizando processos de trabalho e favorecendo a construção de novas realidades institucionais, que permitam a emergência de novos modos de gerir e de cuidar (BRASIL, 2006).

Tradicionalmente, no campo da saúde o acolhimento tem sido identificado ora a uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável, ora a uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados que afirma, na maior parte das vezes, uma prática de exclusão social, na medida em que “escolhe” quem deve ser atendido. Ambas as noções têm sua importância, entretanto, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, se restringem a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo (BRASIL, 2004).

A construção de vínculos deve partir de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. Por parte do usuário, a criação de vínculo será favorecida quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir de algum modo para a sua saúde e sentir que esta equipe se co-responsabiliza por esses cuidados. Do lado do profissional e da equipe, a base do vínculo é o compromisso com a saúde daqueles que a procuram ou são por ela procurados, é o quanto aquela pessoa o afeta. O vínculo se estabelece quando esses movimentos se encontram. O vínculo será terapêutico quando contribuir para que graus crescentes de autonomia – modo de “andar” a própria vida – sejam alcançados (TENÓRIO, 2011).

Segundo Aurélio, no Novo Dicionário da Língua Portuguesa (1986), “Acolher significa: 1- dar acolhida a, dar agasalho a; 2-dar crédito a, dar ouvidos a; 3- admitir, aceitar, receber; 4- tomar em consideração”. No entanto, estas definições da palavra

acolher não conseguem englobar todos os significados atribuídos a esta palavra quando ela é utilizada para descrever a atenção ou cuidado dispensado por um profissional de saúde.

O acolhimento deve ser entendido como um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando e encaminhando o usuário e a família para continuidade da assistência em outros serviços, quando for necessário; estabelecendo desta forma articulações com esses serviços para garantir a eficácia dos encaminhamentos (BRASIL, 2004).

No caso da assistência ao parto, cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com a gestante, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família. O contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança (BRASIL, 2005).

A história que cada mulher grávida traz deve ser acolhida integralmente, a partir do relato da gestante e de seus acompanhantes, pois contando sua história a mulher espera partilhar experiências e obter ajuda (BRASIL, 2005).

Os serviços prestados pelos profissionais de saúde devem focar o acolhimento como condição de dignidade à gestante e ao seu filho, priorizando-os como sujeitos de direito.

Quanto à avaliação com classificação de risco sabe-se que esta ação implica na equipe de saúde em estar atenta tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico do paciente e que a análise de risco e de vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo (BRASIL, 2004).

A tecnologia de **Avaliação com Classificação de Risco**, pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004).

Neste trabalho, o acolhimento será entendido como dispositivo, que neste contexto passa a ser sinônimo de intervenção, uma vez que visa à reorganização do

processo de trabalho para qualificar a escuta e melhorar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Melhorar o acolhimento às gestantes no Hospital Jesus Nazareno no município de Caruaru-PE.

3.2 Objetivos Específicos

- Contribuir com a organização do processo de trabalho dos profissionais do HJN,
- Implantar o acolhimento e classificação de risco obstétrico na maternidade;
- Adequar a área física do Pré-parto para possibilitar a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente, fazendo cumprir o disposto na Lei nº 11.108;
- Estabelecer um espaço de escuta para as usuárias do hospital e seus familiares.

4 DIRETRIZES

- a) Estimulo à discussão e à atualização sobre o tema Acolhimento junto aos profissionais do HJN;
- b) Estímulo ao cuidado integral da usuária e suas necessidades de saúde, enfatizando a resolutividade nas abordagens/encaminhamentos;
- c) Respeito aos significados que o processo de trabalho de parto representa para a paciente, seu companheiro e família por parte da equipe de saúde;
- d) Garantia dos direitos dos usuário;
- e) Facilitar a organização no processo de trabalho da equipe, com ênfase na necessidade de Educação Permanente nos serviços de saúde;
- f) Qualificação do atendimento oferecido à população e as condições de trabalho dos profissionais de saúde.

5 ESTRATÉGIAS

- a) Realização de reuniões temáticas por plantão apresentando experiências exitosas em outras maternidades de forma a sensibilizar os servidores a modificarem seu processo de trabalho;
- b) Realização de oficinas para estímulo à reflexão e discussão sobre Acolhimento com Classificação de Risco;
- c) Realização de encontros com a equipe técnica para discutir o protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco Obstétrico já elaborado pelos profissionais da unidade de saúde;
- d) Realização de Reuniões Clínicas para discussão de Casos;
- e) Envolver a participação de todas as coordenações dos setores do HJN;
- f) Oferecimento de Escuta qualificada, facilitadora da formação gradativa do vínculo e incentivo a autonomia da paciente.

6 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que a partir da implantação das ações propostas os profissionais de saúde superem a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica, ampliando assim a escuta e transformando o processo de trabalho na unidade de saúde.

As modificações na forma de produzir saúde deverão contribuir para que o Hospital Jesus Nazareno venha a consolidar-se como referência para a gestação de Alto Risco, integrando uma rede eficaz, eficiente e resolutiva.

Tudo isto deve com certeza Reduzir o grau de insatisfação das pacientes nele atendidas e melhorar a qualidade dos serviços prestados às gestantes, não só de Caruaru, mas de toda uma região.

7 PLANO OPERATIVO

7.1 Local de Estudo

O projeto será desenvolvido no Hospital Jesus Nazareno-HJN, maternidade de referência para gestação de Alto Risco, localizado em Caruaru-PE. O município se configura como pólo de macrorregional de saúde, tendo uma população residente de 314.951 hab. conforme censo populacional IBGE/2010.

O referido hospital nasceu da iniciativa da sociedade civil, em fevereiro de 1965, quando os membros da Sociedade Infantil Hospital Jesus Nazareno decidiram doar o prédio em construção para o Governo do Estado para que o mesmo concluísse a obra e colocasse a unidade em funcionamento. Não constam registros em relação ao período de sua inauguração, no entanto, sabe-se que até novembro de 1998 funcionou como maternidade e hospital de pediatria.

Ainda em 1998 recebeu da UNICEF o título de Hospital Amigo da Criança e logo após passou a funcionar apenas como maternidade. Atualmente caracteriza-se por ser uma unidade pública de gestão estadual direta, sendo referência secundária para gestação de Alto Risco, abrangendo os municípios da macrorregional Caruaru, a qual é composta por 87 municípios.

O hospital dispõe de 93 leitos distribuídos entre Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais, Alojamento Canguru, Obstetrícia Clínica (Alto Risco), Enfermarias de Pré-eclâmpsia e Alojamento Conjunto. A estrutura do Centro Obstétrico é composta de 05 salas, 03 das quais destinadas ao parto normal e 02 ao parto cirúrgico e 01 sala de recuperação pós-anestésica com 04 leitos. Dispõe também de 10 leitos para expectativa, um Banco de Leite e um Ambulatório.

Esta estrutura conta com cerca de 450 profissionais de saúde que compõem uma equipe interdisciplinar composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, bioquímicos, biólogos, técnicos de enfermagem, de laboratório e de radiologia, os quais garantem o atendimento de parcela significativa de gestantes da Região Agreste de Pernambuco.

7.2 Desenvolvimento do Plano

EIXO 1 – Reorganização do Processo de Trabalho

OBJETIVOS:

- Contribuir com a organização do processo de trabalho dos profissionais do HJN;
- Implantar o acolhimento e classificação de risco obstétrico na maternidade;

ATIVIDADES PROPOSTAS		PRAZO
AÇÕES	METAS	
1. Apresentação do Projeto de Intervenção à direção do HJN e ao Núcleo Gestor.	1.1- Realizar 01 reunião para apresentar o Projeto de Intervenção com a utilização de equipamento audiovisual.	Agosto/2012
2. Realização de reuniões por plantão apresentando aos profissionais de saúde as propostas do referido Projeto.	2.1- Realizar um encontro por plantão para divulgar o projeto e sensibilizar os profissionais.	Agosto/2012
3. Capacitar os profissionais de saúde em Acolhimento com Classificação de Risco.	3.1-Capacitar 100% dos profissionais lotados na Triagem Obstétrica, no Serviço Social e Recepção em Acolhimento com Classificação de Risco;	Setembro/2012
4. Orientar sobre a utilização do protocolo de classificação de risco elaborado pela equipe técnica do HJN.	4.1 – Realizar uma reunião com a equipe técnica responsável pelo acolhimento em cada plantão.	Setembro/2012
5. Realização de oficina para avaliar a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco Obstétrico	5.1 – Realizar 02 oficinas com o objetivo de avaliar a implantação das propostas contidas neste projeto.	Dezembro/2012

Fonte: autora, 2012

EIXO 2 – Reorganização da Atenção

OBJETIVOS:

- Adequar a área física do Pré-parto para possibilitar a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente, fazendo cumprir o disposto na Lei nº 11.108;
- Estabelecer um espaço de escuta para as usuárias do hospital e seus familiares.

ATIVIDADES PROPOSTAS		PRAZO
AÇÕES	METAS	
1. Adequação da área física do Pré-parto de modo a permitir a presença de acompanhantes escolhido pela gestante durante o trabalho de parto.	1.1-. Possibilitar a permanência de um acompanhante junto à paciente durante o processo de trabalho de parto, garantindo a privacidade da gestante através da colocação de cortinas ou boxes.	Agosto/2012
2. Afixar em vários espaços do hospital cópia da Lei Federal nº 11.108	2.1- Democratizar as informações no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários.	Agosto/2012
3. Implantação da visita aberta no HJN.	3.1- Instituir até Setembro/2012 a Visita Aberta preconizada pelo Ministério da Saúde;	Setembro/2012
4. Implantação de um espaço de escuta para as acompanhantes e/ou pacientes falar sobre a experiência vivenciada durante o período de internamento	4.1- Realizar com o apoio do Serviço Social e do Setor de Psicologia grupos de acompanhantes e/ou pacientes diariamente, garantindo desta forma um espaço de escuta..	outubro/2012

Fonte: autora, 2012

8 ORÇAMENTO

Descrição do Material ou Serviço	Quantidade	Valor Unitário R\$	Valor Total R\$
Pastas com elástico	50	2,20	110,00
Caneta esferográfica	50	1,00	50,00
Caneta Marca Texto	03	3,00	9,00
Papel 40	30	0,80	24,00
Pincel atômico	12	2,00	24,00
Resma de Papel A4	03	12,00	36,00
Cartucho Preto para Impressora	02	27,00	54,00
Cartucho Colorido para Impressora (Ciano, Amarelo e Margenta)	03	32,00	96,00
Encadernação	50	2,00	100,00
Confecção de apostilas	50	4,00	200,00
Docência (hora/aula)	56	60,00	3.360,00
TOTAL			4.063,00

Fonte: autora, 2012

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em um país como o Brasil, de grande dimensão territorial e com diferenças sociais, econômicas e culturais profundas, permanecem vários desafios na saúde, como a ampliação do acesso com qualidade aos serviços e aos bens de saúde e a ampliação do processo de co-responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gerir e de cuidar

Observar diariamente a realidade vivenciada pelos profissionais de saúde do HJN, possibilitou-nos a identificação de possíveis reestruturações nas ações já implementadas ou a efetivação de outras ainda não realizadas.

Vimos o quanto é importante a equipe de saúde estar preparada para acolher a grávida, seu companheiro e família, respeitando todos os significados desse momento; pois, só esta forma de abordagem facilitará a criação de um vínculo mais profundo com a gestante, transmitindo-lhe confiança e tranquilidade. Além do que, a vivência desta mulher será mais ou menos prazerosa, mais ou menos positiva, mais ou menos traumática, a depender do estabelecimento deste vínculo.

A implementação de protocolos de acesso e clínicos, pactuados entre profissionais de saúde; o reforço da educação permanente aos trabalhadores e a expansão da estratégia do acolhimento às pacientes do ambulatório de Pré-natal de Alto Risco serão tomadas como metas para outras ações de melhoria no atendimento à usuária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: atenção humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Federal nº 11.108 em 7 de abril, 2005**. Dou 8/4, 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção humanizada – Manual Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de Formação de Formadores e Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1459 de 24 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011

BRUGGEMANN, O. M; PARPINELLI, M.A; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1316-1327, 2005.

BRUGGEMANN, O. M; PARPINELLI, M.A; OSIS, M. J. D. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhido pela mulher. **Ver. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p.44-52, 2007.

CARVALHO, M. V. G. **Os extremos e possibilidades de um serviço hospitalar de referência obstetrícia na IV região de Pernambuco**: avaliação e delineamento dos encaminhamentos municipais. Dissertação [Mestrado] Recife: FIOCRUZ/Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, 2011.

DIAS, M. A. B. **Humanização da Assistência ao Parto**: Conceitos, Lógicas e Práticas no Cotidiano de uma Maternidade Pública. Tese de [Doutorado] Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, 2006

DIAS, M. A. B; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p.669-705, 2005.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p.627-637, 2005.

EBRAHIM, G. J; SULLIVAN, K. R. **Métodos de Pesquisa em Saúde Materno Infantil**. Edições Bagaço Ltda. Instituto Materno Infantil de Pernambuco, Recife, 1996.

LEÃO, M. R. C; BASTOS, M. A. R. Doula apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo v.9, n.3, p.90-94, 2001.

MELLO, I. M. **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil**: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais. [on line], 2008. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/humaniza/publicacoes.html>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

MORAES, J. F; GODOI, C. V. C; FONSECA, M. R. C. C. Fatores que interferem na assistência humanizada ao parto. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 8, n. 19, p13-19, 2006.

NAGAHAMA, E. E. I; SANTIAGO, S. M. A. institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p.651-657, 2005.

RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

SANTOS, M. L. **Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento** – Um Modelo Teórico. Dissertação de [Mestrado] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2002

SERRUYA, S. J. **A Experiência do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento** (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil. Tese de [Doutorado] Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP, 2003

TENÓRIO, R. M. S. A. **Avaliação do Grau de Implantação do Dispositivo Acolhimento nas Unidades de Saúde da Família da Cidade do Recife**. Dissertação de [Mestrado] Profissional em Avaliação em Saúde, Recife-PE. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, 2011.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, supl 2, p.S419-S427, 2003.