

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

ISABEL HELENA DE SOUZA LEAL COSTA

ADESÃO AO MODELO DE ATENÇÃO HUMANIZADA AO
PARTO POR UM HOSPITAL PÚBLICO DE PERNAMBUCO

RECIFE
2020

ISABEL HELENA DE SOUZA LEAL COSTA

**ADESÃO AO MODELO DE ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO
POR UM HOSPITAL PÚBLICO DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em ciências. Área de concentração: Avaliação e planejamento em saúde.

Orientador: Dr^o. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior

Coorientadora: Dr^a Camila Pimentel Lopes de Melo

RECIFE

2020

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

C837a Costa, Isabel Helena de Souza Leal.
Adesão ao modelo de atenção humanizada ao parto por um hospital público de Pernambuco/ Isabel Helena de Souza Leal Costa. - Recife: [s.n.], 2020.

87 p.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

Orientador: Garibaldi Dantas Gurgel Júnior; Coorientadora: Camila Pimentel Lopes de Melo.

1. Saúde Materno-Infantil. 2. Serviços de Saúde Materno-Infantil. 3. Humanização da Assistência. 4. Parto Humanizado. 5. Bem-Estar Materno. I. Gurgel Junior, Garibaldi Dantas. II. Melo, Camila Pimentel Lopes de. III. Título.

CDU 614.39

ISABEL HELENA DE SOUZA LEAL COSTA

**ADESÃO AO MODELO DE ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO
POR UM HOSPITAL PÚBLICO DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em ciências. Área de concentração: Avaliação e planejamento em saúde.

Aprovado em: 01/06/2020.

BANCA EXAMINADORA

Drº Garibaldi Dantas Gurgel Júnior
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dr. Alexssandro da Silva
Hospital Militar da Área de Recife/Exército Brasileiro

Dedico este trabalho a meu primogênito: Arthur, que pelo seu nascimento me fez experienciar a bravura do corpo feminino no parto normal, me trazendo à militância por práticas obstétricas seguras e humanizadas para todas as brasileiras.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por fortalecer a minha fé e não me deixar desistir desse título que eu não passei um dia sem sonhar.

À poderosa intercessão de Nossa Senhora da Conceição que reaviva minha fé em Deus e me aproxima da espiritualidade na fé católica.

À minha família por me impulsionar a voar mais longe com o orgulho que demonstram sentir e pelo apoio que me manteve firme nessa caminhada, especialmente a minha mãe: Luzinete pelo cuidado com meu filho me permitindo ir e vir quantas vezes foi necessária com o coração de mãe tranquilo e motivado.

A meus irmãos Lula e Bela, pelas melhores lembranças da infância e adolescência, onde foi construída minha personalidade e caráter.

À minha tia Luzia (*in memorian*) que do céu me rege e me abençoa com o raio de seu amor. E a tia Carminha que daqui reza incessantemente a Deus por minha felicidade e realizações.

Ao meu marido, Clodoaldo, por toda compreensão e apoio ao longo dessa caminhada em jornada quádrupla de trabalho, estudos, maternidade e casa sendo solícito e companheiro durante as dificuldades.

Ao meu primogênito Arthur, por sorrir pra mim quando o fardo pesava e me receber sempre com seu abraço renovando minhas energias e me impulsionando a seguir.

Ao meu segundinho Raul, por me lembrar do quanto sou especial e abençoada, aquecendo meu ventre com seus chutinhos de amor.

À família que o casamento me deu, em especial a minha cunhada Jéssica, mamãe de Hugo, e a minha sogra Maria de Fátima (*in memorian*) pelo apoio que dedicou a minha vida acadêmica.

Às minhas amigas antigas (Raquel, Lorena e Jéssica) e novas (Rafa e Dayane) por sempre acreditarem e apostarem em mim, escutando meus desabafos quando estava difícil e hoje se felicitando com a minha conquista. Que inspire vocês.

Ao meu Orientador, Professor Garibaldi, pelo apoio para conclusão deste grau, sendo empático às minhas demandas, a quem eu dedico admiração e apreço.

A todos os sanitaristas que me inspiraram embarcar nessa formação, em especial à minha colega da residência, Késia, que nesta construção foi luz em momentos obscuros me apontando possibilidades e meios de alcançar.

A minha coorientadora e membros de Banca Examinadora pela disponibilização e comprometimento com a qualidade desse produto acadêmico dedicando tempo e orientações desde o processo de qualificação até a finalização.

À Gestão e atenção obstétrica do Hospital estudado, pelo acolhimento e anuência ao estudo, pela receptividade quantas vezes precisei retornar ao campo, em especial às enfermeiras obstetras Luzia e Ana Carulina pela disponibilização pessoal e parceria firmada.

À gerência e técnicos da II GERES – Limoeiro, pela anuência ao fornecimento de informações complementares ao levantamento documental, colaborando para a qualificação desse estudo.

Nunca foi sorte, foram todos eles.

COSTA, Isabel Helena de Souza Leal. **Adesão ao modelo de atenção humanizada ao parto por um hospital público de Pernambuco**. 2020. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

RESUMO

Hospitais brasileiros têm aderido ao modelo de atenção humanizada ao parto, incorporando, dentre outros conceitos confluentes, a humanização como termo genérico, com respeito aos direitos e autonomia das mulheres para garantia de um parto seguro e de assistência não violenta. Este estudo objetivou analisar o processo de adesão ao Modelo de Atenção Humanizada ao Parto (MAHP) por um hospital público de Pernambuco por meio da realização de um estudo de caso, de abordagem quanti-qualitativa com triangulação de técnicas de evidência, compreendidas em: entrevistas semiestruturadas com profissionais, levantamento documental e observacional, e análise de dados de sistemas de informação. Os discursos dos participantes foram trabalhados pela técnica de análise de conteúdo de Bardin. Os resultados foram organizados em três tópicos de discursão, onde foi analisada a influência das políticas públicas e de atores sociais no processo de adesão e por último refletido sobre a gestão da adesão da pactuação a institucionalização do MAHP. Foi observado que a inserção das enfermeiras obstetras na unidade hospitalar, bem como a participação nos Programas Parto Adequado e Rede Cegonha influenciaram positivamente na adesão MAHP, de tal forma que a humanização da atenção ao parto é constatada como uma realidade implementada na instuição analisada, marcada pela adoção de boas práticas na assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento. Alguns entraves ainda permanecem para a implementação total do modelo, como dificuldades no financiamento e no dimensionamento de profissionais, bem como a resistência por parte de algum desses para a aplicação de medicina baseada em evidências.

Palavras-Chave: Saúde Materno-infantil. Serviços de Saúde Materno-Infantil. Humanização da Assistência. Parto humanizado. Bem estar materno.

COSTA, Isabel Helena de Souza Leal. **Adherence to the model of humanized care for childbirth by a public hospital in Pernambuco**. 2020. Dissertation (Academic Master in Public Health) - Aggeu Magalhães Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2020.

ABSTRACT

Brazilian hospitals have adhered to the model of humanized care for childbirth, incorporating, among other conflicting concepts, humanization as a generic term, with respect to the rights and autonomy of women to guarantee a safe delivery and non-violent assistance. This study aimed to analyze the process of adherence to the Humanized Attention to Childbirth Model (MAHP) by a public hospital in Pernambuco through the realization of a case study, with a quantitative and qualitative approach with triangulation of evidence techniques, understood in: interviews semi-structured with professionals, documentary and observational survey, and data analysis of information systems. The participants' speeches were worked on by Bardin's content analysis technique. The results were organized into three topics of discourse, where it was analyzed the influence of public policies and social actors in the adherence process and lastly reflected on the management of adherence of the agreement to the institutionalization of MAHP. It was observed that the insertion of obstetric nurses in the hospital unit, as well as participation in the Adequate Childbirth and Rede Cegonha programs, positively influenced MAHP adherence, in such a way that the humanization of childbirth care is seen as a reality implemented in the analyzed institution, marked for the adoption of good practices in assisting labor, delivery and birth. Some obstacles still remain for the full implementation of the model, such as difficulties in financing and sizing professionals, as well as the resistance on the part of some of them to the application of evidence-based medicine.

Keywords: Maternal and Child Health. Maternal-Child Health Services. Humanization of Assistance. Humanizing Delivery. Maternal Welfare.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Novas orientações da Organização Mundial de Saúde para estabelecer padrões globais de cuidado para mulheres grávidas saudáveis e reduzir intervenções médicas desnecessárias.....	20
Figura 1 - Mapa temático das regionais em saúde do estado de Pernambuco, 2020	33
Figura 2 - Fluxograma das entrevistas em “bola de neve” com profissionais e gestores.....	34
Figura 3 - Divulgação do princípio da humanização por meio de banner afixado na parede do Hospital	42
Figura 4 - Ambiência do Cantinho da Amamentação	43
Figura 5 - Realização de book para a gestante em trabalho de parto	44
Quadro 2 - Relação de práticas claramente úteis à humanização do trabalho de parto, parto e nascimento de uso identificado no estudo	45
Figura 6 - Banner de convocação para roda de conversa do Projeto Roda de Gestantes	46
Figura 7. Banner de convocação para roda de conversa do Projeto Roda de Gestantes	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
CIR - Colegiados Regionais
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
EPS - Educação Permanente em Saúde
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
GSS - Grupo de Estudos em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde
HIAE - Hospital Israelita Albert Einstein
IAM - Instituto Aggeu Magalhães
IHI - Institute for Healthcare Improvement
MAHP- Modelo de Atenção Humanizada ao Parto
MBE - Medicina Baseada em Evidências
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
PAISM – Programa de Atenção Integrada à Saúde da Mulher
PHPN – Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAON – Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal
PNH – Política Nacional de Humanização
PPA – Programa Parto Adequado
RC – Rede Cegonha
SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 MARCO TEÓRICO	16
2.1 MODELOS DE ATENÇÃO AO PARTO	16
2.2 HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO	24
2.3 POLÍTICA DE ATENÇÃO AO PARTO NO BRASIL	36
3 OBJETIVOS	30
3.1 OBJETIVO GERAL	30
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
4 MÉTODO	31
4.1 TIPO DE ESTUDO	31
4.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA	32
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	33
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	35
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	35
4.6 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	35
4.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	37
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	37
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
5.1 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO COMO POLÍTICA E PRÁTICA PROFISSIONAL.....	40
5.2 A INFLUÊNCIA DOS ATORES SOCIAIS NA IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO.....	45
5.3 GESTÃO DA ADESÃO: DA PACTUAÇÃO A INSTITUCIONALIZAÇÃO.....	49
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA GESTÃO	62
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA PROFISSIONAL	63
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	64

ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO DO PPA.....	66
ANEXO B - CARTAZ INFORMATIVO DO PPA.....	70
ANEXO C - APRESENTAÇÃO DO PPA PARA PROFISSIONAIS DA UNIDADE.....	71
ANEXO D - AVALIAÇÃO DO HOSPITAL PARA SAP DO PPA.....	75
ANEXO E - EMENTA CURSO DE QUALIFICAÇÃO DO REDE CEGONHA.....	78
ANEXO F - PARECER DE MÉRITO REDE CEGONHA.....	80
ANEXO G - CARTA DE ANUÊNCIA DA II REGIONAL DE SAÚDE PARA USO DE BANCO DO SINASC.....	82
ANEXO H - CARTA DE ANUÊNCIA DO HRJFS PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA DE CAMPO.....	83
ANEXO I - PARECER CÔMITE DE ÉTICA E PESQUISA IAM FIOCRUZ/PE.....	84
ANEXO J - DECLARAÇÃO DE VÍNCULO DA PESQUISA.....	85

1 INTRODUÇÃO

Buscando atuar sobre o contexto excessivamente intervencionista em que se firmou o processo de parturição nas instituições de saúde, à sombra do modelo tecnocrático de assistência, autoridades internacionais manifestaram-se ao final do Século XX em apoio a um novo paradigma assistencial para nascimento e parto, baseado em evidências científicas e voltado para a redução de intervenções desnecessárias e garantia dos direitos das mulheres. Este se consolidou com a publicação pela Organização Mundial de Saúde (OMS) das recomendações contidas no relatório “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento” no ano de 1996 (DAVIS-FLOID; JOHN, 1998; OMS, 1996).

A Organização Mundial de Saúde (2018) emitiu novas recomendações sobre o tema enfocando o cuidado intraparto para a construção de experiências positivas de parto. O documento põe em causa orientações que já vem sendo adotadas durante décadas, com um enfoque especial para o respeito ao tempo de parto que é diferente em cada mulher.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), inspirado nas recomendações internacionais tem se mobilizado concomitantemente para o oferecimento de assistência humanizada às parturientes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O lançamento do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no ano de 2000 e da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal em 2005 colocam ênfase na valorização do cuidado centrado na mulher e trazem para os serviços de saúde públicos o conceito de humanização da assistência ao parto (BRASIL, 2000; 2005).

Humanizar o parto inclui reconhecer a individualidade da parturiente, confiando-lhe o controle sobre o processo de parto e nascimento, garantindo-lhe respeito aos seus direitos, acolhimento, escuta, apoio a presença de acompanhante de sua escolha e ações de desmedicalização, minimizando danos e maximizando benefícios (SOUZA; GAIVA; MODES, 2011).

A Organização Mundial de Saúde reconhece que muitas mulheres preferem um parto natural e confiam nos seus corpos para dar à luz a seu concepto, sem intervenção médica desnecessária e, diante de necessidades, deve-se considerar sua inclusão na tomada de decisões, considerando a orientação atualizada de “Boas Práticas” (OMS, 2018).

Em 2011, o MS retoma com o propósito de reforçar e reafirmar as recomendações das “Boas Práticas” e lança através da Portaria Consolidada de N°

1.459 - N° 2351 o Programa Rede Cegonha (RC) que tem como objetivo fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança e de organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil a partir de quatro componentes: I. Pré-Natal; II. Parto e Nascimento, III. Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e IV. Sistema Logístico, incluindo Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011).

O componente I inclui a realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e o encaminhamento se necessário ao pré-natal de alto de risco, além do comprometimento da realização e acesso aos resultados dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco. Bem como a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que ocorrerá o parto e a implementação de estratégias de educação em saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2011; LEAL, 2019; MARTINELLI, 2014).

O segundo componente procura garantir a suficiência de leitos obstétricos e neonatais de unidades de terapia e cuidados intensivos de acordo com pactuações regionais. Inclui também as boas práticas de atenção à saúde, como acolhimento e a garantia de acompanhante da escolha da gestante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2011; LEAL, 2019; MARTINELLI, 2014).

O terceiro componente abrange o acompanhamento da puérpera e da criança pela equipe multiprofissional da Atenção Básica (AB), com visitas e marcações de consultas de puericultura e orientação e oferta de métodos contraceptivos à puérpera. Compete a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, a busca ativa de crianças vulneráveis e a prevenção e tratamento das infecções congênitas (BRASIL, 2011; LEAL, 2019; MARTINELLI, 2014).

O quarto e último componente promove o modelo “Vaga Sempre”, com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto, a regulação de leitos obstétricos e neonatais, regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames) (BRASIL, 2011; LEAL, 2019; MARTINELLI, 2014).

No tocante as recomendações do componente II, a literatura discorre que incentivos técnicos e financeiros do RC tem fomentado a adesão de hospitais brasileiros a um modelo de atenção ao parto de base humanista, o qual inclui a priorização de ações relacionadas às boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento (RABELO, 2017). Neste trabalho será feita referência a este modelo emergente através da composição: Modelo de Atenção Humanizada ao Parto (MAHP).

Para amparar a adesão de instituições ao MAHP o Ministério da Saúde disponibiliza através do RC, investimentos para o aumento e qualificação profissional, com foco na humanização da assistência e centralidade da mulher, bem como para ambiência dos locais de parto através da disponibilização de recursos humanos, tecnológicos, financeiros, físicos e de informação, mediante adesão firmada entre as instituições de Saúde e as respectivas instâncias do SUS pela celebração de contratos de gestão (BRASIL, 2011).

Assim, inspirados nas “Boas Práticas” internacionais e estimulados pelas políticas e programas nacionais, hospitais públicos brasileiros tem se empenhado em aderir ao MAHP.

Com projetos inovadores, o Hospital Sofia Feldman em Minas Gerais se tornou referência no Brasil para a mudança de modelo na assistência humanizada à mulher, recém-nascido e família. O Hospital é referência para os Programas Rede Cegonha e Parto Adequado (PPA), do Governo Federal, e participa do processo de aprimoramento de profissionais e gestores de todo o país, recebendo esses atores para vivências junto a sua equipe (RABELO, 2017).

O trabalho no Hospital tem legitimado o uso de práticas humanizadas e recomendado o uso de tecnologias apropriadas ao parto e nascimento. Dentre as modificações nas rotinas hospitalares destaca-se o incentivo à atuação de Enfermeiras Obstétricas no parto normal, como estratégia para a mudança de qualidade do modelo assistencial, redução das taxas de cesariana e conseqüentemente o alcance dos Objetivos do Milênio estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde, como redução da mortalidade materna e infantil (BONAZZI et al., 2017).

Pernambuco, primeiro estado brasileiro a aderir ao RC, planeja, executa e monitora sua assistência materno-infantil a partir das recomendações do Programa. Reforçando o Programa Estadual Mãe Coruja, o Programa Rede Cegonha estadual

é colocado como uma prioridade de gestão na saúde desde o ano de seu lançamento (PERNAMBUCO, 2011).

No tocante a assistência hospitalar ao parto, tal como o estado de Minas Gerais, Pernambuco tem instituições públicas aderindo ao MAHP, inclusive Interioranas.

Para uma atenção humanizada ao parto é necessário o respeito aos desejos da gestante, e o reconhecimento do protagonismo da mesma. Infelizmente o cenário Brasileiro ainda persiste com dados que demonstram a ocorrência da desestimulação ao parto vaginal/natural e de violências obstétricas durante o trabalho de parto e parto (DINIZ et al., 2016).

Em dados preliminares do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do ano de 2018, é possível observar que o cenário nacional e estadual ainda permanece com o predomínio de 56 e 51% respectivamente, do número de partos cesáreos sob os partos vaginais/naturais. Bem como a razão de mortalidade materna direta, que permanece em torno no Brasil de 37 por 100 mil nascidos vivos e no estado de Pernambuco em aproximadamente 35 por 100 mil nascidos vivos, para o mesmo período (BRASIL, 2018, 2018a).

Assim, a partir do desejo de analisar a experiência de uma instituição com a adesão ao Modelo de Atenção Humanizada ao Parto, foram tomadas como questões norteadoras do estudo as indagações: Como transcorreu o processo de adesão do Hospital analisado ao MAHP? Que mudanças a adesão incitou nas esferas gerencial e assistencial? Pressupõe-se que o processo de adesão do referido Hospital ao modelo em questão foi impulsionado por incentivos técnicos e financeiros do Programa Rede Cegonha, os quais incitaram uma reorganização nos modelos de gestão e atenção obstétrica deste serviço para a incorporação das Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento.

Neste sentido, é pertinente registrar a experiência institucional local, tornando científico o produto, para que sirva de inspiração a outras instituições de saúde e dê visibilidade ao trabalho executado além do polo médico das capitais e grandes cidades.

2 MARCO TEÓRICO

A seguir será apresentada a revisão da literatura, que busca definir os conceitos e base teórica quanto a outros trabalhos publicados na área, e verificar os estágios em que estão os conhecimentos a respeito do tema investigado. A revisão transcorrerá sobre três subtópicos: Modelos de atenção ao parto, que detalha sobre diferentes visões do processo de parir; Humanização na assistência ao parto, que aborda esse termo polissêmico na prática da assistência; e Políticas de atenção ao parto no Brasil, que traça uma linha histórica dos marcos na assistência a mulher e ao recém nascido.

2.1 MODELOS DE ATENÇÃO AO PARTO

No final do século passado, houve uma importante afinação entre as ciências biológicas e humanas, com estudos na área da antropologia sobre modelos de atenção ao parto (CRUZ; VIEIRA, 2015; LANSKY, 2019; RATTNER, 2009; REIS, 2016). Tal fenômeno levou a discussões desses modelos por antropólogos, como Davis-Floyd (1998) que tipificou os modelos de atenção ao parto em: tecnocrata, humanista e holístico:

- a) Modelo Tecnocrático - compreende o modelo assistencial distanciado da promoção da saúde e prevenção quaternária, em um contexto de institucionalização do parto e a utilização sem crítica de tecnologias. Com abrangência da não utilização de procedimentos recomendados, assim como a utilização de procedimentos desnecessários, não recomendados e/ou obsoletos e que podem causar dano voltados preferencialmente para atender a conveniências da equipe de saúde, a exemplo da episiotomia de rotina, do uso abusivo de ocitocina e de elevadas taxas de cesárea. Esse modelo está associado a frequência de situações de abuso e desrespeito à autonomia, integridade física e mental, dos sentimentos, opções e preferências das parturientes, caracterizadas na violência obstétrica. Com comprometimento iatrogênico evitáveis sobre a saúde da mulher e do neonato, como hemorragias e hipóxia neonatal, além da insatisfação da mulher que levará a experiência traumática e em alguns casos com depressão pós-parto.

- b) Modelo Humanista - valoriza o bem-estar da parturiente e do recém-nascido, buscando o menor número de intervenções e procedimentos invasivos. Defende o uso racional da tecnologia, sendo que a assistência se caracteriza pelo acompanhamento contínuo do processo de parturição, podendo este ocorrer não só nos hospitais como nas casas de parto ou ambulatórios. Há encorajamento para a presença de acompanhante e liberdade na escolha de posição mais confortável para parir pela parturiente e a profissional eleita é a parteira (atualmente enfermeira obstetra).
- c) Modelo Holístico – esse modelo é uma crítica do parto humanizado focado apenas na segurança, ao reconhecer que além do momento biológico resumido aos aspectos mecânicos e fisiológicos propõe-se uma nova dimensão de prática profissional voltada para a individualidade do cuidado relacionado com a constituição da gestante, para que a mesma tenha uma experiência positiva bem como suas famílias. Traz assim, as implicações das singularidades e particularidades de cada parturiente, em um diálogo permanente entre os diferentes modos do cuidar. Essa modalidade terapêutica enfoca na compreensão da pessoa como indivíduo total, onde não existe uma fronteira visível entre a natureza e a cultura e, portanto, do cuidado na gravidez, parto e pós-parto como evento social, espiritual, cultural e sexual, tanto da parturiente como da sua família e dos profissionais (médicos, enfermeiras obstetras e parteiras) que realizarão a assistência.

Como desdobramento do modelo humanista, intensificou-se internacionalmente um movimento na medicina com a valorização da base científica para o julgamento e adoção de técnicas em saúde, nomeado Medicina Baseada em Evidência (MBE).

A origem do movimento se deu em virtude da proliferação do uso elevado de técnicas de diagnóstico e terapêutica difundidas ao passo que iam sendo criadas sem critérios para sua avaliação, cujo emprego, por muitas vezes, se mostrava não efetivo e até mesmo danoso. A MBE alcançou o prestígio de ser difundida pela Organização Mundial de Saúde, que como resultado de estudos das práticas adotadas na atenção ao parto publicou em 1996 um manual na área (RATTNER, 2009).

O modelo de atenção ao parto emergente a partir deste movimento é neste

estudo mencionado como Modelo de Atenção Humanizada ao Parto (MAHP).

No documento “Manual de Assistência ao Parto Normal: um guia prático”, publicado em 1996, a Organização Mundial de Saúde se pronunciou com o intuito de minimizar as práticas inapropriadas, disponibilizando orientações para a implantação do parto Humanizado nos serviços de saúde. Este manual indicou práticas obstétricas a partir de evidências científicas, as classificando em quatro categorias:

- I- Práticas Claramente úteis e que carecem ser incentivadas;
- II- Práticas prejudiciais ou ineficazes que precisam ser eliminadas;
- III- Práticas com evidência insuficiente para apoiar uma recomendação e que precisam ser usadas com precaução;
- IV- Práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado (OMS, 1996).

A primeira categoria se baseia em Práticas claramente úteis e que carecem ser incentivadas, que promovam maior autonomia da mulher durante o processo. Ao reconhecer o direito das mulheres à escolha e recusa de procedimentos e intervenções de forma consciente preservam a integridade corporal e psicológica da parturiente no parto, pós-parto imediato e puerpério. O acesso a informações adequadas permite a gestante equilibrar a relação de poder com a equipe assistencial. Algumas dessas práticas são o direito a acompanhante de sua escolha, seleção da posição mais confortável para o parto e direito a sedo analgesia (REIS et al, 2016; SOUZA; PILEGGI-CASTRO, 2014; TESSER et al, 2015).

A segunda categoria compõe práticas prejudiciais ou ineficazes que precisam ser eliminadas, uma vez que a realização de alguns procedimentos facilita o uso de intervenções desnecessárias e dificulta a livre movimentação da mulher, como ocorre com a inserção profilática de cateter venoso sob o pretexto da sua possível necessidade. Além disso, a literatura recomenda que a reposição de fluidos durante o trabalho de parto deva ser preferencialmente por ingesta oral de líquidos e refeições leves (REIS et al, 2016; SOUZA; PILEGGI-CASTRO, 2014; TESSER et al, 2015).

A terceira categoria apresenta práticas com evidência insuficiente para apoiar uma recomendação e que precisam ser usadas com precaução, como é o caso da manobra de Kristeller que possui eficácia insuficiente para apoiar o uso rotineiro e, promove o aumento de lesão perineal. Considerada como uma violência obstétrica o uso de práticas como a manobra além de desnecessária e danosa, pode acarretar

em traumas físicos e psicológicos a parturiente e sua família (REIS et al, 2016; SOUZA; PILEGGI-CASTRO, 2014; TESSER et al, 2015).

Por último, a quarta categoria traz práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado, como o número de procedimentos que quando realizados constantemente configuram-se como riscos para morbimortalidade materna e neonatal. A exemplo o exame de toque vaginal realizado durante a fase de dilatação em menos de quatro horas se mostra associado a um aumento de infecção hospitalar (REIS et al, 2016; SOUZA; PILEGGI-CASTRO, 2014; TESSER et al, 2015).

No ano de 2018 a Organização Mundial da Saúde atualizou suas recomendações e publicou o documento “*WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*”, com 56 recomendações (quadro 1) direcionadas aos serviços de saúde como novas orientações para estabelecer padrões globais de cuidado para mulheres grávidas saudáveis e reduzir intervenções médicas desnecessárias. Neste documento são revistas práticas anteriormente aconselhadas, mas sem impacto positivo e foram introduzidas novas orientações cientificamente referendadas (OMS, 2018).

Quadro 1 - Novas orientações da Organização Mundial de Saúde para estabelecer padrões globais de cuidado para mulheres grávidas saudáveis e reduzir intervenções médicas desnecessárias.

(continua)...

Care option	Recommendation	Category of recommendation
Care throughout labour and birth		
Respectful maternity care	1. Respectful maternity care - which refers to care organized for and provided to all women in a manner that maintains their dignity, privacy and confidentiality, ensures freedom from harm and mistreatment, and enables informed choice and continuous support during labour and childbirth - is recommended.	Recommended
Effective communication	2. Effective communication between maternity care providers and women in labour, using simple and culturally acceptable methods, is recommended.	Recommended
Companionship during labour and childbirth	3. A companion of choice is recommended for all women throughout labour and childbirth.	Recommended
Continuity of care	4. Midwife-led continuity-of-care models, in which a known midwife or small group of known midwives supports a woman throughout the antenatal, intrapartum and postnatal continuum, are recommended for pregnant women in settings with well functioning midwifery programmes.*	Context-specific recommendation
First stage of labour		
Definitions of the latent and active first stages of labour	5. The use of the following definitions of the latent and active first stages of labour is recommended for practice. <ul style="list-style-type: none"> — The latent first stage is a period of time characterized by painful uterine contractions and variable changes of the cervix, including some degree of effacement and slower progression of dilatation up to 5 cm for first and subsequent labours. — The active first stage is a period of time characterized by regular painful uterine contractions, a substantial degree of cervical effacement and more rapid cervical dilatation from 5 cm until full dilatation for first and subsequent labours. 	Recommended
Duration of the first stage of labour	6. Women should be informed that a standard duration of the latent first stage has not been established and can vary widely from one woman to another. However, the duration of active first stage (from 5 cm until full cervical dilatation) usually does not extend beyond 12 hours in first labours, and usually does not extend beyond 10 hours in subsequent labours.	Recommended
Progress of the first stage of labour	7. For pregnant women with spontaneous labour onset, the cervical dilatation rate threshold of 1 cm/hour during active first stage (as depicted by the partograph alert line) is inaccurate to identify women at risk of adverse birth outcomes and is therefore not recommended for this purpose.	Not recommended
	8. A minimum cervical dilatation rate of 1 cm/hour throughout active first stage is unrealistically fast for some women and is therefore not recommended for identification of normal labour progression. A slower than 1-cm/hour cervical dilatation rate alone should not be a routine indication for obstetric intervention.	Not recommended
	9. Labour may not naturally accelerate until a cervical dilatation threshold of 5 cm is reached. Therefore the use of medical interventions to accelerate labour and birth (such as oxytocin augmentation or caesarean section) before this threshold is not recommended, provided fetal and maternal conditions are reassuring.	Not recommended

* Integrated from WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.

Quadro 1 - Novas orientações da Organização Mundial de Saúde para estabelecer padrões globais de cuidado para mulheres grávidas saudáveis e reduzir intervenções médicas desnecessárias. (continuação).

Care option	Recommendation	Category of recommendation
Labour ward admission policy	10. For healthy pregnant women presenting in spontaneous labour, a policy of delaying labour ward admission until active first stage is recommended only in the context of rigorous research.	Research-context recommendation
Clinical pelvimetry on admission	11. Routine clinical pelvimetry on admission in labour is not recommended for healthy pregnant women.	Not recommended
Routine assessment of fetal well-being on labour admission	12. Routine cardiotocography is not recommended for the assessment of fetal well-being on labour admission in healthy pregnant women presenting in spontaneous labour.	Not recommended
	13. Auscultation using a Doppler ultrasound device or Pinard fetal stethoscope is recommended for the assessment of fetal well-being on labour admission.	Recommended
Perineal/pubic shaving	14. Routine perineal/pubic shaving prior to giving vaginal birth is not recommended. ^a	Not recommended
Enema on admission	15. Administration of enema for reducing the use of labour augmentation is not recommended. ^b	Not recommended
Digital vaginal examination	16. Digital vaginal examination at intervals of four hours is recommended for routine assessment of active first stage of labour in low-risk women. ^a	Recommended
Continuous cardiotocography during labour	17. Continuous cardiotocography is not recommended for assessment of fetal well-being in healthy pregnant women undergoing spontaneous labour.	Not recommended
Intermittent fetal heart rate auscultation during labour	18. Intermittent auscultation of the fetal heart rate with either a Doppler ultrasound device or Pinard fetal stethoscope is recommended for healthy pregnant women in labour.	Recommended
Epidural analgesia for pain relief	19. Epidural analgesia is recommended for healthy pregnant women requesting pain relief during labour, depending on a woman's preferences.	Recommended
Opioid analgesia for pain relief	20. Parenteral opioids, such as fentanyl, diamorphine and pethidine, are recommended options for healthy pregnant women requesting pain relief during labour, depending on a woman's preferences.	Recommended
Relaxation techniques for pain management	21. Relaxation techniques, including progressive muscle relaxation, breathing, music, mindfulness and other techniques, are recommended for healthy pregnant women requesting pain relief during labour, depending on a woman's preferences.	Recommended
Manual techniques for pain management	22. Manual techniques, such as massage or application of warm packs, are recommended for healthy pregnant women requesting pain relief during labour, depending on a woman's preferences.	Recommended
Pain relief for preventing labour delay	23. Pain relief for preventing delay and reducing the use of augmentation in labour is not recommended. ^b	Not recommended
Oral fluid and food	24. For women at low risk, oral fluid and food intake during labour is recommended. ^b	Recommended
Maternal mobility and position	25. Encouraging the adoption of mobility and an upright position during labour in women at low risk is recommended. ^b	Recommended
Vaginal cleansing	26. Routine vaginal cleansing with chlorhexidine during labour for the purpose of preventing infectious morbidities is not recommended. ^a	Not recommended
Active management of labour	27. A package of care for active management of labour for prevention of delay in labour is not recommended. ^b	Not recommended

^a Integrated from WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections.

^b Integrated from WHO recommendations for augmentation of labour.

Quadro 1 - Novas orientações da Organização Mundial de Saúde para estabelecer padrões globais de cuidado para mulheres grávidas saudáveis e reduzir intervenções médicas desnecessárias. (continuação)...

Care option	Recommendation	Category of recommendation
Routine amniotomy	28. The use of amniotomy alone for prevention of delay in labour is not recommended. ^a	Not recommended
Early amniotomy and oxytocin	29. The use of early amniotomy with early oxytocin augmentation for prevention of delay in labour is not recommended. ^a	Not recommended
Oxytocin for women with epidural analgesia	30. The use of oxytocin for prevention of delay in labour in women receiving epidural analgesia is not recommended. ^a	Not recommended
Antispasmodic agents	31. The use of antispasmodic agents for prevention of delay in labour is not recommended. ^a	Not recommended
Intravenous fluids for preventing labour delay	32. The use of intravenous fluids with the aim of shortening the duration of labour is not recommended. ^a	Not recommended
Second stage of labour		
Definition and duration of the second stage of labour	33. The use of the following definition and duration of the second stage of labour is recommended for practice. <ul style="list-style-type: none"> — The second stage is the period of time between full cervical dilatation and birth of the baby, during which the woman has an involuntary urge to bear down, as a result of expulsive uterine contractions. — Women should be informed that the duration of the second stage varies from one woman to another. In first labours, birth is usually completed within 3 hours whereas in subsequent labours, birth is usually completed within 2 hours. 	Recommended
Birth position (for women without epidural analgesia)	34. For women without epidural analgesia, encouraging the adoption of a birth position of the individual woman's choice, including upright positions, is recommended.	Recommended
Birth position (for women with epidural analgesia)	35. For women with epidural analgesia, encouraging the adoption of a birth position of the individual woman's choice, including upright positions, is recommended.	Recommended
Method of pushing	36. Women in the expulsive phase of the second stage of labour should be encouraged and supported to follow their own urge to push.	Recommended
Method of pushing (for women with epidural analgesia)	37. For women with epidural analgesia in the second stage of labour, delaying pushing for one to two hours after full dilatation or until the woman regains the sensory urge to bear down is recommended in the context where resources are available for longer stay in second stage and perinatal hypoxia can be adequately assessed and managed.	Context-specific recommendation
Techniques for preventing perineal trauma	38. For women in the second stage of labour, techniques to reduce perineal trauma and facilitate spontaneous birth (including perineal massage, warm compresses and a "hands on" guarding of the perineum) are recommended, based on a woman's preferences and available options.	Recommended
Episiotomy policy	39. Routine or liberal use of episiotomy is not recommended for women undergoing spontaneous vaginal birth.	Not recommended
Fundal pressure	40. Application of manual fundal pressure to facilitate childbirth during the second stage of labour is not recommended.	Not recommended

^a Integrated from WHO recommendations for augmentation of labour.

Quadro 1 - Novas orientações da Organização Mundial de Saúde para estabelecer padrões globais de cuidado para mulheres grávidas saudáveis e reduzir intervenções médicas desnecessárias. **(conclusão)...**

Care option	Recommendation	Category of recommendation
Third stage of labour		
Prophylactic uterotonics	41. The use of uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage (PPH) during the third stage of labour is recommended for all births. ^a	Recommended
	42. Oxytocin (10 IU, IM/IV) is the recommended uterotonic drug for the prevention of postpartum haemorrhage (PPH). ^a	Recommended
	43. In settings where oxytocin is unavailable, the use of other injectable uterotonics (if appropriate, ergometrine/methylergometrine, or the fixed drug combination of oxytocin and ergometrine) or oral misoprostol (600 µg) is recommended. ^a	Recommended
Delayed umbilical cord clamping	44. Delayed umbilical cord clamping (not earlier than 1 minute after birth) is recommended for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. ^b	Recommended
Controlled cord traction (CCT)	45. In settings where skilled birth attendants are available, controlled cord traction (CCT) is recommended for vaginal births if the care provider and the parturient woman regard a small reduction in blood loss and a small reduction in the duration of the third stage of labour as important. ^a	Recommended
Uterine massage	46. Sustained uterine massage is not recommended as an intervention to prevent postpartum haemorrhage (PPH) in women who have received prophylactic oxytocin. ^a	Not recommended
Care of the newborn		
Routine nasal or oral suction	47. In neonates born through clear amniotic fluid who start breathing on their own after birth, suctioning of the mouth and nose should not be performed. ^c	Not recommended
Skin-to-skin contact	48. Newborns without complications should be kept in skin-to-skin contact (SSC) with their mothers during the first hour after birth to prevent hypothermia and promote breastfeeding. ^d	Recommended
Breastfeeding	49. All newborns, including low-birth-weight (LBW) babies who are able to breastfeed, should be put to the breast as soon as possible after birth when they are clinically stable, and the mother and baby are ready. ^a	Recommended
Haemorrhagic disease prophylaxis using vitamin K	50. All newborns should be given 1 mg of vitamin K intramuscularly after birth (i.e. after the first hour by which the infant should be in skin-to-skin contact with the mother and breastfeeding should be initiated). ^d	Recommended
Bathing and other immediate postnatal care of the newborn	51. Bathing should be delayed until 24 hours after birth. If this is not possible due to cultural reasons, bathing should be delayed for at least six hours. Appropriate clothing of the baby for ambient temperature is recommended. This means one to two layers of clothes more than adults, and use of hats/caps. The mother and baby should not be separated and should stay in the same room 24 hours a day. ^f	Recommended

^a Integrated from WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage.

^b Integrated from the WHO Guideline: delayed cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes.

^c Integrated from WHO Guidelines on basic newborn resuscitation.

^d Integrated from WHO Recommendations for management of common childhood conditions: evidence for technical update of pocket book recommendations.

^e Integrated from WHO recommendations on newborn health.

^f Integrated from WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn.

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2018)

Desafios à mudança requerida no modelo de atenção obstétrica emergem, a fim de suplantar fragilidades na qualidade da assistência perinatal e alcançar melhores indicadores de saúde materna. Entre outros desafios, aponta-se para a carência de política institucional para criação de protocolos assistenciais e a adequação técnica das instituições ao MAHP, com o investimento em métodos de conforto e cuidados e a incorporação dos avanços tecnológicos disponíveis e, então, desejados (GOMES; MOURA, 2012).

Assim, no âmbito nacional e internacional o atual modelo de assistência ao parto traz a luz uma crítica às práticas que intervêm no processo de nascimento sem que haja justificativa com base em evidências científicas (GOMES; MOURA, 2012). Logo, o cuidado que apresenta maior índice de satisfação às parturientes é o recomendado pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde, esse modelo preza por ações e serviços baseados nas singularidades das parturientes, com o reconhecimento de suas necessidades (DINIZ et al, 2015; SILVA et al, 2013).

2.2 HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

O termo humanização vem sendo usado desde o século passado em discussões sobre a assistência ao parto e nesse percurso compreendeu múltiplas interpretações em um amplo conjunto de propostas para mudanças nas práticas, trazendo aos serviços conceitos novos, desafiadores e até mesmo conflitantes, mas sempre voltado para o alívio de sofrimento de acordo com o conhecimento da época. Nas mais diversas versões, demonstra uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e na postura a ser tomada por quem assiste (DINIZ, 2005; MELO et al, 2017).

No Brasil, é crescente a discussão acerca da assistência humanizada ao parto, ainda que os sentidos, conteúdos e finalidades dessa forma de cuidar seja um desafio aos nossos serviços de saúde, uma vez que, implicam a necessidade de profissionais preparados para atender as gestantes e acompanhantes com respeito ao real significado desse momento (CRUZ; VIEIRA, 2015; SILVA et al, 2013).

Há um embate dos discursos de profissionais brasileiros do campo obstétrico,

enquanto conselhos médicos se mantêm resistentes a certas recomendações claramente úteis, outras entidades e classes profissionais discorrem sobre a humanização da assistência ao parto como um cuidar voltado para a desmedicalização da assistência com o manejo da dor como prevenção da dor iatrogênica, respeito à fisiologia da parturiente e atenção para a qualidade da relação interpessoal com reconhecimento dos direitos da paciente, tratamento acolhedor e respeitoso e promoção dos vínculos familiares (GOMES; MOURA, 2012; REIS et al, 2016).

Em relação à conceituação, a literatura mostra através da análise de estudos com profissionais da saúde, pouca clareza na apresentação dos discursos, sendo convergente a apresentação da Humanização como um adjetivo do parto, gerando a expressão: parto humanizado (GOMES e MOURA, 2012; SOUSA et al, 2016).

Em seu estudo, Diniz (2005), elencou em sete tópicos, sentidos diferentes relacionados à humanização no contexto do parto e os introduziu como a explicitação de uma reivindicação de legitimidade do discurso, que reflete o diálogo de atores em um espaço político a ser ocupado. Assim, a autora aborda a polissemia do termo apresentando os conceitos de humanização como:

- a) Legitimidade científica da medicina ou da assistência baseada em evidência - orientada pelo conceito de tecnologia apropriada e de respeito à fisiologia;
- b) Legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças e famílias) na assistência ao nascimento - orientada pela assistência baseada nos direitos de parto seguro e assistência não violenta;
- c) Legitimidade do uso da tecnologia adequada na saúde da população - orientada pela redução das intervenções iatrogênicas como forma de promoção da saúde;
- d) Legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto - orientado pelo deslocamento da função exclusiva do cirurgião obstetra, no parto normal para a enfermeira obstetra, e do local de parto do centro cirúrgico para a sala de parto;
- e) Legitimidade financeira dos modelos de assistência da racionalidade no uso dos recursos - orientada pela adesão ao modelo pela relação custo- benefício, extensão de cobertura e melhora de indicadores;
- f) Legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre saúde, à melhora na relação médico-paciente ou enfermeira-paciente e da “boa

- g) educação” na relação entre instituições e seus consumidores - orientada pelo diálogo, participação de acompanhante e negociação nos procedimentos de rotina com ênfase nos direitos do consumidor à escolha;
- h) Legitimidade do direito ao alívio da dor - orientada pela inclusão para pacientes SUS de procedimentos tidos como humanitários à exemplo da analgesia no parto.

Diante dos diferentes sentidos atribuídos acredita-se que a adoção de um conceito não implica a negação dos demais, mas, que muitos conceitos se correlacionam entre si, a exemplo da legitimidade científica (a) e o uso racional de tecnologias (c); a legitimidade política de defesa de direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos (b) e a de participação da parturiente nas decisões sobre seu corpo (f); e a correlação entre a legitimidade da proposta de mudança no modelo de atenção (c) com a redefinição dos papéis de profissionais envolvidos na cena do parto (d) (RATTNER, 2009).

Neste estudo, foi tomado como referência para a compreensão de humanização do parto o conceito de legitimidade científica da assistência baseada em evidência, considerando as recomendações atualizadas da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde para atenção ao parto normal que compreendem MAHP.

2.3 POLÍTICA DE ATENÇÃO AO PARTO NO BRASIL

Importante marco das publicações ministeriais brasileiras na área técnica da saúde feminina, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), foi elaborado em 1983 e publicado em 1985 com o objetivo técnico de reduzir a morbimortalidade materna e infantil no Brasil. O Programa ganhou contornos mais amplos ao contemplar no escopo de sua redação ações além da abordagem tradicional do ciclo gravídico puerperal, introduzindo as diretrizes para o atendimento ginecológico de qualidade, oferta informada do leque de métodos anticonceptivos disponíveis e ações educativas para mulheres e também para profissionais de saúde. Com isto, estimulou livres escolhas e a valorização do direito das mulheres de decidir sobre o próprio corpo (BRASIL, 1985).

Dentro do contexto de amplitude de direitos introduzido pelo PAISM e fomentado pelos apontamentos para a integralidade da atenção obstétrica através

de uma assistência integrada, qualificada e humanizada o Ministério da Saúde, em maio de 2000, implantou um amplo processo de humanização da assistência obstétrica por meio do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2001).

O programa propunha a expansão do acesso das mulheres à rede de saúde fornecendo um atendimento de qualidade e no âmbito do nascimento, preconizou que a assistência seja realizada de forma humanizada e segura. Logo, além de acesso universal e integral das mulheres a ações e serviços ampliados de saúde, pauta-se assistência obstétrica humanizada como política de saúde, baseada nas recomendações sobre tecnologias adequadas para parto normal e nascimento da Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2001; OMS 1996).

Olhando para o texto do PHPN, ele não incorporou em sua redação os questionamentos do movimento pela humanização do parto, no que diz respeito ao combate à técnica desumanizada e sem base na evidência (DINIZ, 2005). Contudo, enquanto instrumento de gestão valorizou, entre outras medidas, a assistência ao parto de baixo risco pelas enfermeiras obstétricas, profissionais estas que têm sido reveladas na literatura como agentes estratégicos na implantação de técnicas e processos baseados no modelo humanizado. Estas profissionais são destacadas por incitar potencial melhoria nos indicadores de assistência materna, pela especificidade da qualificação profissional e consequente aderência ao modelo acreditando na possibilidade de mudança dos diferentes contextos assistenciais (GOMES; MOURA, 2012; LEAL et al., 2019).

Em 2003, a discussão sobre assistência humanizada é expandida para o campo da saúde como um todo, com a institucionalização da Política Nacional de Humanização (PNH), na qual o MS adota uma perspectiva abrangente de compreensão do termo Humanização com valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, trazendo ênfase para autonomia e protagonismo desses sujeitos, bem como, corresponsabilidades entre os mesmos (BRASIL, 2008).

A PNH orienta mudanças no modelo de atenção e estabelece que para haver humanização seja necessário: compromisso com ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento, respeito às diferenças, fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional entre outros fatores sem minorar estímulos aos processos de educação permanente (BRASIL, 2008, LEAL et al, 2019).

Enfocando mais uma vez a integralidade na área da saúde da mulher, o Ministério da Saúde expande em 2004 as responsabilidades da política de saúde com a saúde das mulheres publicando a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM). A política guarda afinamentos com o movimento pela humanização da atenção ao parto e retoma a discussão sobre direitos das mulheres introduzida pelo PNAISM há quase duas décadas, buscando consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004).

Em harmonia com os programas e política apresentados, a PAISM traz como princípios para uma Política de Atenção Integral em Saúde da Mulher a humanização e a qualidade e assim demanda que a atenção obstétrica e neonatal seja ofertada de maneira qualificada e humanizada. Dessa forma, a humanização é posta como uma das condições essenciais para que as ações de saúde alcancem a resolutividade dos problemas identificados e satisfação das usuárias (BRASIL 2004).

Reforçando este percurso de publicações institucionais, em 2005 foi a vez do MS publicar a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (PNAON) que, reconhecendo o direito das mulheres de ter uma atenção obstétrica humanizada e de qualidade, colocou dentre outras orientações comuns às boas práticas da Organização Mundial de Saúde: o direito de acompanhante de escolha da parturiente, a oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto, respeito a escolha da mulher sobre o local e a posição do parto, com liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e estímulos a posições não supinas (BRASIL, 2005; RATTNER, 2009).

Em 2011, o MS impulsiona a entrada efetiva da humanização nos serviços obstétricos de saúde brasileiros com o lançamento do programa Rede Cegonha (RC), que instituído pela Portaria MS nº 1.459/2011, trouxe como proposta a promoção de um modelo de atenção pautado no acolhimento e resolutividade, orientando os serviços de saúde para a adoção de práticas seguras na atenção à gestação, parto, nascimento, puerpério, crescimento e desenvolvimento infantil que contemplem as orientações da PHPN (BRASIL, 2011).

Passada pouco mais de uma década do manifesto apoio governamental a humanização da assistência ao parto, com esforços paralelos para a amplitude de acesso e minimização de intervenções desnecessárias, observa-se que muitas

instituições hospitalares ainda pautam seus atendimentos em ações intervencionistas, mostrando um distanciamento significativo entre o recomendado pelo Ministério da Saúde e o que efetivamente é feito nos cenários de parto no Brasil (LANSKY et al, 2019; SILVA et al, 2013).

Melhores resultados na atenção obstétrica brasileira estão condicionados por maiores investimentos públicos. Tais recursos carecem da criação de ambientes favoráveis às negociações das relações interpessoais entre as equipes profissionais e entre usuárias e os profissionais, de forma a explorar a potência dessas relações na elaboração de estratégias que visem à aplicação efetiva das práticas recomendadas (GOMES; MOURA, 2012; MARTINELLI et al, 2014).

3 OBJETIVOS

A fim de alcançar respostas frente ao problema apresentado, este estudo foi guiado pelos seguintes objetivos.

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de adesão ao Modelo Humanizado de Assistência ao Parto (MAHP) por um hospital público de Pernambuco.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar a contribuição de políticas e programas de atenção ao parto do Ministério da Saúde para a adesão da instituição ao MAHP;
- b) Descrever a contribuição de atores sociais para a adesão ao MAHP e as mudanças nas práticas assistenciais implementadas em função do evento.
- c) Descrever o processo de gestão da adesão e os entraves enfrentados para a institucionalização do MAHP.

4 MÉTODO

A metodologia científica compreende o caminho que o estudo deve seguir, auxiliando o pesquisador em suas decisões, através de conhecimentos válidos e adequados à pesquisa (LAKATOS; MARCONI, 2008).

Buscando conhecer as experiências do processo de adesão de um hospital interiorano ao Modelo de Atenção Humanizada ao Parto optou-se pelo emprego dos preceitos metodológicos da pesquisa quantiqualitativa, por estarem relacionados à descrição de fenômenos e a construção de uma postura analítica e crítica por parte do leitor, visando à compreensão valorosa dos dados subjetivos (CANZONIERTI, 2010).

Para Canzonierti (2010), a metodologia é a possibilidade de caminho que se apresenta para a concretização de uma investigação; quer seja qualitativa ou quantitativa, a pesquisa é a exploração deste caminho, e o método é como se procede esta investigação.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Utilizando-se da abordagem quanti-qualitativa, esta pesquisa é de natureza aplicada, uma vez que busca gerar conhecimentos para aplicação prática, com vistas na reflexão a cerca de uma situação específica de ordem verdadeira e de interesse local (GIL, 2009).

De acordo com seus objetivos, trata-se de um estudo de caso com triangulação de fontes de evidência: Entrevista semiestruturada, levantamento documental e observacional com registro em diário de campo. Como parte do modelo adotado, se perde em generalização dos resultados obtidos, mas ganha-se em profundidade. Procurou-se responder às questões "como" e "por que" certos fenômenos ocorrem, o que conforme Minayo (2013) quando há pouca possibilidade de controle sobre os eventos estudados e quando o foco de interesse é sobre fenômenos atuais, estes devem ser analisados dentro de algum contexto de vida real, pois, nesta abordagem, em apenas uma fala está contida toda a representação de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

Do ponto de vista dos procedimentos técnicos, compreende uma pesquisa de campo, onde a coleta de dados acontece junto às pessoas, sendo viabilizada pelo recurso *ex-post-facto*, cujo objetivo é investigar relações de causa e efeito acerca da ocorrência de um fato, após seu acontecimento (FONSECA, 2002). Esse ocorreu no período de outubro de 2019 a janeiro de 2020 com a realização de entrevistas semiestruturadas.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA

A Rede de Saúde Materno-Infantil do estado de Pernambuco, configurada formalmente através da Rede Cegonha, toma como base a divisão sanitária do estado em Regiões de Saúde e, tem suas referências pactuadas regionalmente em Redes de Saúde Materno-Infantis Regionais.

Assim, de acordo com as pactuações realizadas pelas Regiões de Saúde no ano de 2012, com última atualização em 2015, e respectivas portarias e resoluções dos Colegiados Regionais (CIR), (PERNAMBUCO, 2020) a Rede Materno-Infantil de Pernambuco está constituída por 79 Unidades Hospitalares, com demanda pactuada de acordo com o local de Residência da parturiente e classificação de risco atribuída à sua gestação e parto, sendo um total de 10 Unidades credenciadas para o referenciamento dos partos de alto risco e 69 unidades pactuadas para atender aos partos de risco habitual.

Dentre as referências do estado para partos de risco habitual está a unidade estudada, localizado no município de Limoeiro, pertencente à Il Geres e atende à população de cerca de 20 municípios da Zona da Mata Norte. Atualmente, a unidade conta com 360 funcionários e 62 médicos e possui capacidade de realizar mais de seis mil atendimentos de média complexidade por mês, nas seguintes especialidades: clínica médica, pediatria, cirurgia geral, traumatologia-ortopedia, odontologia e obstetrícia (PERNAMBUCO, 2019).

Referência para as parturientes oriundas dos municípios: Feira Nova, João Alfredo, Limoeiro, Machados e Orobó. Com maternidade aberta 24 horas por dia, a equipe ginecológica recebe pacientes com risco habitual de gravidez e para gestantes de alto risco é realizado a regulação pela central de leitos estadual para unidades com competência para o atendimento. Houve ampliação de 29,8% nos

partos realizados no período de 2016 (877) para 2017 (1.139). Além da assistência ao parto a unidade também disponibilizar recursos de planejamento familiar por meio da implantação de dispositivo intrauterino de cobre (DIU) (PERNAMBUCO, 2019).

A instituição compreende, portanto, o campo tomado para esse estudo e funciona sob gestão estadual disponibilizando 16 leitos obstétricos SUS, conforme consulta ao domínio público do Sistema de Informação de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (PERNAMBUCO, 2019).

Figura 1 - Mapa temático das regionais em saúde do estado de Pernambuco, 2020.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (2020).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

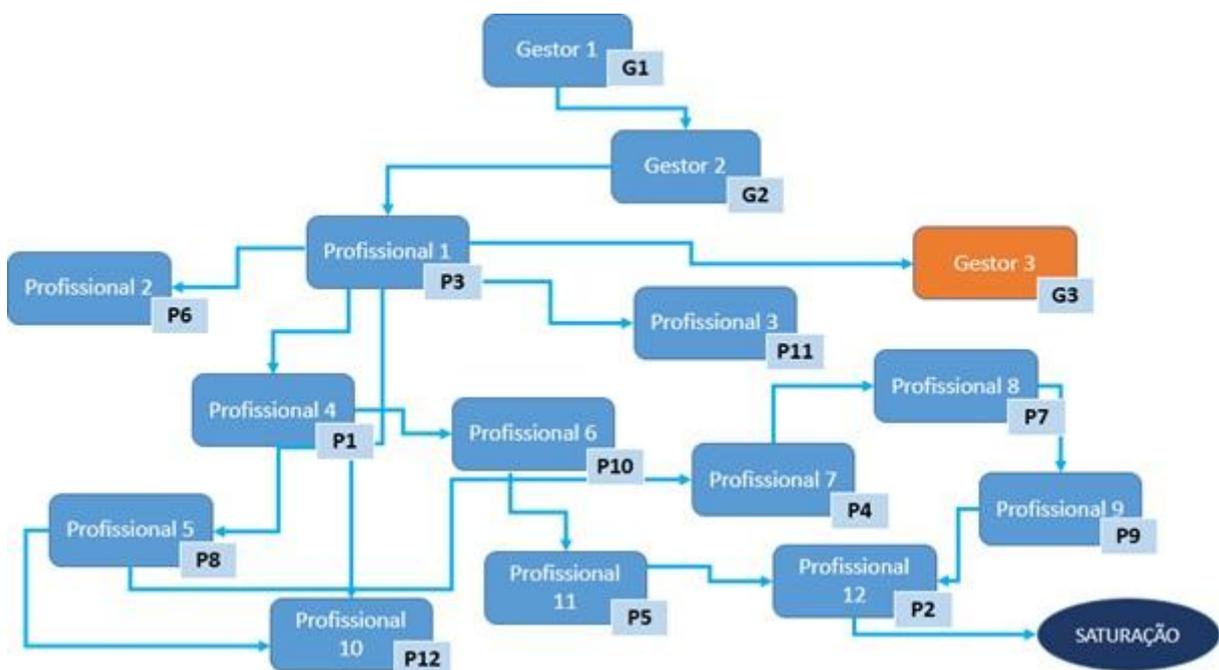
Considerando a amplitude do processo de adesão a humanização da assistência ao parto em uma instituição hospitalar, o universo da pesquisa compreende todos os profissionais de saúde no setor de maternidade do hospital em estudo e a amostra escolhida para coleta dos discursos compreenderá na representação não probabilística de “bola de neve” (VINUTO, 2014).

Tal escolha metodológica se deve pela pertinência da amostragem com atores sociais envolvidos em um processo político, o que na “bola de neve” é

denominado como “indivíduos-chave”, ou seja, indivíduos que podem aumentar a rede de contatos do pesquisador, fornecer nomes específicos que detivessem influência no campo estudado, facilitando assim a entrada nos mais diversos grupos sociais do referido (VINUTO, 2014).

Dessa forma o ator inicial da “bola de neve” foi um membro da gestão hospitalar que atendeu aos critérios de inclusão da pesquisa e ao término de sua colaboração indicou o contato do próximo participante. Abaixo segue o esquema final da “bola de neve” (figura 1) até o fim das indicações de atores e/ou saturação. Em caso de não saturação dos dados com os resultantes, a pesquisa continuaria até a mesma (RHIRY-CHERQUES, 2009).

Figura 2 - Fluxograma das entrevistas em “bola de neve” com profissionais e gestores.



Fonte: Elaboração da autora, 2019.

Legenda: ■ entrevista realizada ■ entrevista não realizada
G - Gestor P - Profissional

Para aprofundamento de uma intervenção (políticas/programas) também se faz necessário a leitura dos textos envolvidos no ciclo político, dessa forma esse estudo também teve como parte de sua amostra levantamento documental citado pelo atores: Termo de compromisso do PPA (anexo a); Cartaz informativo do PPA (anexo b); Apresentação do PPA para profissionais da unidade (anexo c); Auto avaliação da unidade para SPA do PPA (anexo d); Ementa curso de qualificação do

rede cegonha (anexo e) e parecer de mérito rede cegonha (anexo f).

Foram utilizadas também documentos institucionais de mídia impressa e/ou eletrônica, como os cartazes de chamamento das rodas de conversa das gestantes e relatos em vídeo de mulheres que foram assistidas no parto pela equipe do referido serviço (representadas no texto pela letra U para o sigilo).

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo o profissional da saúde que se enquadrar nos critérios de: ter gerido nos âmbitos institucional, regional e estadual o processo de adesão (Amostra 1); ou ser médico, enfermeiro ou técnico em enfermagem lotado no serviço de maternidade da unidade, todos com atuação profissional durante o processo de adesão (Amostra 2).

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos da possibilidade de compor a amostra os profissionais cuja experiência profissional na função seja menor que 02 (dois) anos não tendo por tanto vivenciado o processo de adesão.

4.6 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a concretização da proposta aqui lançada, será utilizada como instrumento de coleta de dados a técnica da entrevista semiestruturada, guiada por dois tipos de roteiro, compostos por sete questões preestabelecidas, de caráter subjetivo, três destinado a profissionais da gestão (Apêndice A) e um aos profissionais da assistência (Apêndice B).

A escolha da entrevista como instrumento de coleta de dados se deu por considerá-la metodologicamente adequada para a finalidade deste trabalho, permitindo a realização do levantamento qualitativo dos dados.

De acordo com Canzonieri (2010), a entrevista:

É o momento experienciado pelo pesquisador e o sujeito para obter informações sobre aquilo que se tem como problema. Esse momento é um “encontro” na pesquisa de modalidade qualitativa, que envolve empatia, percepções, sentimentos e emoções de ambas as partes.

Há uma interação entre as pessoas envolvidas (CANZONIERTI, 2010, p. 88-89).

Para fins de familiarização do sujeito com o pesquisador e os pressupostos da investigação, foi realizada, em um momento prévio à entrevista, a convocação dos possíveis colaboradores para a explicação da proposta do estudo (identificação da pesquisadora, objetivo da pesquisa, relevância, metodologia) e apresentação reflexiva do questionário. Em seguida, mediante a anuência dos colaboradores, foi agendada a entrevista individual em ambiente dotado de privacidade, a ser definido posteriormente data e horário.

A coleta de dados em campo ocorreu durante os meses de outubro a dezembro de 2019 e, uma vez chegado o momento da entrevista propriamente dita, foi apresentado aos colaboradores o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), sequencialmente assinado em duas vias, ficando uma com o pesquisador e outra com o entrevistado, em respeito aos princípios da autonomia, anonimato, sigilo e confidencialidade dos dados quando da publicação dos resultados.

Conforme acordado neste documento, as entrevistas foram gravadas por meio do sistema de gravação MP3 e, posteriormente, trabalhadas conforme a técnica de análise de discurso de Bardin (2011). Para a identificação dos entrevistados, mantendo o anonimato dos mesmos, serão utilizados códigos identificadores contemplando os números de 01 a 14, com a seguinte classificação: P – Profissionais e G – Gestores.

Como parte da coleta dos dados ocorreu também a análise documental dos textos políticos utilizados e citados pelos atores: resoluções, reuniões institucionais, portarias estaduais, documentos institucionais, apresentações de avaliação e monitoramento relacionados nos critérios de inclusão, e de mídia impressa e/ou eletrônica, o que foi realizado durante os meses de dezembro de 2019, e janeiro e fevereiro de 2020.

Foi demandada ainda coleta complementar de dados secundários no banco de dados do SINASC da II Regional de Saúde mediante anuência dessa (Anexo G) durante mês de Fevereiro de 2020, e os dados preliminares do SINASC e do SIM disponíveis em consulta aberta no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) (BRASIL, 2018; BRASIL 2018a) através de análise das variáveis de tipo de parto por nascido vivo na unidade estudada, bem como taxa de mortalidade materna no Brasil

e em Pernambuco.

Por fim, foram realizados registros de observação por meio de diário de campo, com descrições de fatos incomuns e/ou interessantes para o estudo.

4.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Seguiu-se pelo referencial teórico de Rattner (2009) a qual propõe sobre os desafios que uma unidade saúde enfrenta na implementação da assistência humanizada ao parto, esses são:

1. Institucionalização da atenção humanizada com base em evidências científicas;
2. Estruturação da rede perinatal com garantia de assistência integral;
3. Inserir nas atualizações profissionais, conteúdos relacionais, de forma a modificar a relação cuidador – pessoa cuidada;
4. Trabalhar com os profissionais o protagonismo da mulher no nascimento de seus filhos e
5. Necessidade de parcerias intra e extrainstitucionais em todos os níveis do sistema, entre serviços e sociedade civil, com organização efetiva do controle social.

Para subsidiar a análise do material empírico produzido, foi selecionada a técnica de análise de discurso de Bardin (2011). As entrevistas seguiram as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise envolveu a transcrição completa das entrevistas, a leitura inicial e a organização do material. A exploração do material envolveu a codificação e a categorização dos dados brutos que foram transformados em dados com significado. O tratamento de resultados, a inferência e a interpretação buscaram extrair significados e compará-los com a literatura.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigação apresenta riscos mínimos aos colaboradores envolvidos, no

que diz respeito à ocorrência de um evento desfavorável. Contudo, alguns pontos podem ser levantados, como possíveis causadores de desconforto na dinâmica institucional, como por exemplo, a pausa nas atividades laborais para a realização da entrevista, o que poderá comprometer minimamente o rendimento diário do profissional.

Existe também o risco de constrangimento por exposição dos sujeitos o que será evitado com a garantia do sigilo e anonimato das colaborações, ressaltando que os mesmos podem desistir a qualquer momento e diante da desistência a entrevista individual não será utilizada.

Além disso, necessidade de um ambiente dotado de privacidade para a realização da entrevista, mediante a necessidade de assegurar a confidencialidade dos dados, poderá requerer da instituição uma reorganização momentânea da dinâmica espacial de trabalho.

Outra questão apontada é que em se tratando de uma entrevista oral com gravação do conteúdo, o entrevistado poderá manifestar desconforto ou apreensão, o que será minimizado pelo contato prévio com o entrevistado e explanação detalhada da pesquisa e seus respectivos objetivos, ressaltando-se que, mediante a persistência do incômodo, a entrevista poderá ser adiada, podendo o colaborador desistir de sua participação na pesquisa a qualquer momento conforme preconiza o TCLE (Apêndice C).

Não são levantados riscos de ordem física aos colaboradores envolvidos; como também, a pesquisa não lhes oferece riscos econômicos.

Em se tratando de uma investigação de natureza aplicada, esta pesquisa busca o oferecimento de benefícios para a instituição de destino, uma vez que, a partir da reflexão sobre o processo de adesão ao MAHP e suas contribuições, será possível traçar estratégias de enfrentamento dos impasses e de fortalecimento das contribuições.

O Hospital participante e seus respectivos profissionais ganharão expressivamente com a realização da pesquisa, uma vez que, sua concretização lhes conferirá o diagnóstico particularizado do processo de adesão ao MAHP na realidade local. Esperam-se, também, benefícios para a comunidade científica, pois o compartilhamento de experiências locais contribui para a ampliação e/ou aprimoramento do conhecimento científico, ao passo que, norteia outros pesquisadores para o direcionamento de experiências semelhantes.

Este estudo está de acordo com a Resoluções nº 466/12 e 510/16 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016) do Conselho Nacional de Saúde e está vinculado ao Macro-projeto: Redes assistenciais integradas e sustentáveis: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS), aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto Aggeu Magalhães – Fundação Oswaldo Cruz – Pernambuco (FIOCRUZ/PE) sob o parecer nº 1.589.404 (Anexo I), desenvolvido de forma cooperativa pelo Grupo de Estudos em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GSS) do Instituto Aggeu Magalhães – FIOCRUZ-PE (Anexo J) (BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para se analisar o processo de adesão do hospital ao Modelo Humanizado de Assistência ao Parto os resultados do estudo serão apresentados e discutidos em três tópicos:

- 1) HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO COMO POLÍTICA E PRÁTICA PROFISSIONAL (influência do programa parto adequado e rede cegonha na adoção de boas práticas na assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento);
- 2) A INFLUÊNCIA DOS ATORES SOCIAIS NA IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO (inserção das enfermeiras obstetras na unidade hospitalar);
- 3) GESTÃO DA ADESÃO: DA PACTUAÇÃO A INSTITUCIONALIZAÇÃO (processo dos programas e os entraves da gestão de recursos, de pessoal e de estrutura).

5.1 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO COMO POLÍTICA E PRÁTICA PROFISSIONAL

A incorporação de novas práticas para uma assistência humanizada requer mudanças do processo de trabalho dos profissionais envolvidos, uma vez que isso é o que definirá a continuidade das ações com novos atores presentes (SILVA et al., 2019).

A Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS foi criada pelo Ministério da Saúde, em 2003, fruto da necessidade de se repensar as ações e práticas desenvolvidas pelos profissionais e gestores do sistema, de tal forma que seria possível intervir no modelo de atenção à saúde prestada a população brasileira (ALBUQUERQUE, 2019).

A implementação tanto do Rede Cegonha quanto do Programa Parto Adequado por parte dos agentes envolvidos, também se mostrou como marcos importantes, pois as práticas estimuladas por ambas intervenções conduziram a ações de mudança de indicadores e qualidade na atenção à saúde (LEAL et al, 2019).

Como traz o estudo de Leal et al. (2019) o PPA é um projeto de melhoria da qualidade que foi lançado em 2015 pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio de acordo de cooperação técnica com o Institute for Healthcare Improvement (IHI) e o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), com o apoio do Ministério da Saúde. Através do apoio institucional, científico e metodológico se buscou fornecer aos hospitais uma reorganização do modelo de atenção ao parto e nascimento.

O Hospital participou da primeira fase do programa, com a incorporação de quatro eixos na atenção ao parto e nascimento: governança, empoderamento das mulheres, monitoramento de indicadores, e reorganização da estrutura e processos de cuidado. A presença do programa foi algo repetido pelos entrevistadores como um marco para o atual modelo de humanização da equipe da unidade de saúde. A seguir as falas de participantes destacam tal fato:

“A gente começou a mudar a cara da maternidade a partir da adesão ao Programa Parto Adequado, que é o PPA (...) Quando a gente começou com o PPA que eu fui plantão para o plantão conversando com os obstetras (...) Além disso, PPA ofertou para gente também por meio do contato com o Ministério da Saúde cursos de capacitação de atualização em Obstetrícia, então as Enfermeiras da gente ficaram de ir para o Rio de Janeiro.” (G2)

“A coordenadora recebeu o convite do Ministério da Saúde pra participar Programa Parto Adequado, aí ela perguntou se eu teria interesse de abraçar a causa com ela, aí eu abracei (...) quando eu voltei uma das metas do parto adequado era lançar algo diferente que modificasse o âmbito de trabalho, foi quando eu disse vamos fazer uma roda de gestante, mais uma roda de conversas diferente dessas de postos.” (P3)

Neste estudo foi possível observar que os participantes creditam à humanização na assistência por meio do reconhecimento do protagonismo das mulheres durante trabalho de parto e o nascimento, conforme as falas a seguir:

“Onde os direitos da paciente de fato são vividos, e a paciente verdadeiramente é tratada como gente, com os seus direitos e seus gostos, desde que não atrapalhem nem prejudiquem a vida da paciente e do RN.” (P1)

“Começar pelo bom acolhimento com a gestante, onde a gente possa passar para ela conforto segurança para que elas se tornem mais empoderadas e que entenda que ali é o momento dela e que a gente tem que respeitar, um parto sem violências verbais sem violências físicas para que ela consiga naquele momento único se sentir a pessoa mais especial do mundo.” (P4)

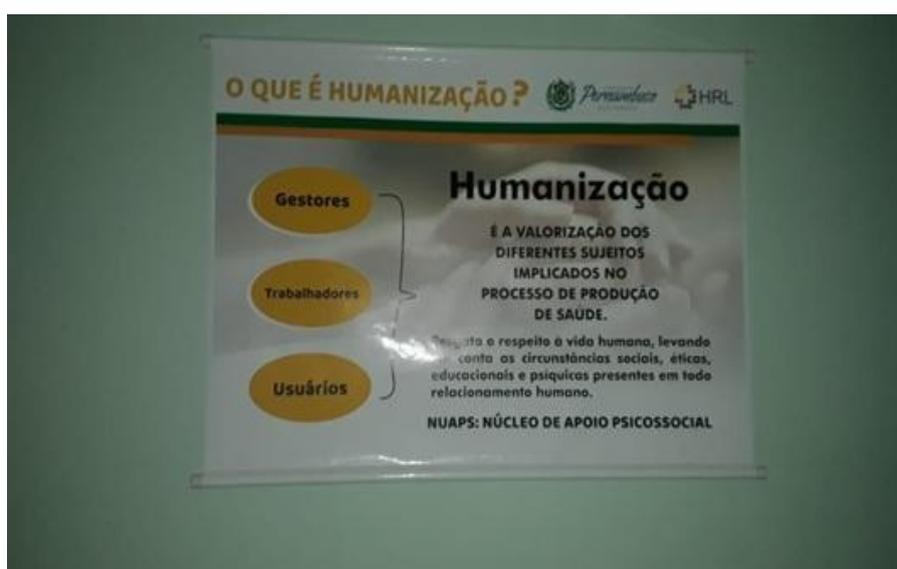
Tal achado é condizente com estudos prévios, como os de Lopes et al.

(2019), Reis et al. (2017) e Sousa et al. (2016), sobre a utilização de boas práticas que devem ser estimuladas e práticas prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas, que demonstram que para que o profissional seja considerado humanizado, não basta que ele apenas esteja presente nos espaços ou nas ações é necessário que o mesmo desenvolva uma atitude compromissada, implicada e participativa com a parturiente e acompanhante.

Em quase duas décadas de implementação da PNH diversos desafios se mantêm para sua efetivação nos serviços do SUS, desde gestores que não se comprometem com a política perpassando pelos profissionais que desconhecem ou apresentam resistência ao sentido do “HumanizaSUS” (PEREIRA; FERREIRA NETO, 2015).

No levantamento documental e observacional foi constatado que a gestão adotou algumas estratégias para sensibilizar os profissionais para adoção de práticas humanizadas, como a realização de rodas conversas com os profissionais, divulgação do princípio da humanização por meio de cartazes na instituição (figura 3, e capacitações coletivas sobre assistência multiprofissional ao parto, indução do parto, diretrizes para operação cesariana no Brasil e assistência à mulher com operação cesariana prévia (PERNAMBUCO, 2018).

Figura 3 - Divulgação do princípio da humanização por meio de banner afixado na parede do Hospital



Fonte: A autora, 2019.

Lansky et al. (2019) referem em seu estudo sobre a vivência de gestantes, que a violência obstétrica em sua maioria está associada a resistência da equipe que as assiste em utilizar práticas inovadoras, e que permitam uma condução mais agradável do trabalho de parto. Foi possível observar nas falas dos participantes que a atitude de alguns profissionais é vista como um empecilho para a efetivação da equipe humanizada:

“Desafio eu acho que principalmente algumas discussões com os médicos. Tem alguns que são ainda mais resistentes, aplicaram algumas práticas desnecessárias quando a gente vai chamar.” (P6)

“Existe a questão da aceitação total (...) algumas pessoas que se inserem nesse processo do acolher e entender que aquela mulher tem os direitos que ela tem, então a gente tem que trabalhar um pouquinho isso em algumas pessoas que precisam entender isso como algo diferente de uma assistência na emergência.” (P8)

Dias et al. (2019) referem que a ambiência é uma prática humanizada que vem alcançando bastante significância nos últimos anos em unidades de saúde de assistência ao parto. Entretanto, mais do que um ambiente com estrutura física confortável e com privacidade, tal conceito também está correlacionado com as intervenções e relações pessoais/profissionais (Figuras 4 e 5).

Figura 4 - Ambiência do Cantinho da Amamentação.



Fonte: A autora, 2019.

Figura 5 - Realização de book para a gestante em trabalho de parto.



Fonte: Foto autorizada pela paciente e profissionais - A autora, 2019.

Dessa forma, apesar de tanto os profissionais quanto os gestores relacionarem a ambiência como as mudanças para adequação da sala de parto e enfermarias, as mesmas conduziam outras práticas que também são “Ambiência” (quadro 2), conforme observado durante idas ao campo e relatos a seguir:

“Houve uma mudança no ambiente hospitalar trazendo humanização para as enfermarias, para a sala de parto, com o Programa Rede Cegonha.” (G2)

“Então cada um pode estar contribuindo independente de qualquer situação com a conversa, no toque, na música, na dança. Então nós conseguimos essa questão da humanização em várias situações no trabalho de parto.” (P9)

“Tem umas que chegam aqui e queremos fazer muitas coisas queremos pintar a barriga, pintar a placenta fazer o carimbo e elas não querem, elas dizem; “não quero, não quero massagem eu quero ficar só” e a gente tem que respeitar na verdade, então humanização, atenção humanizada para mim é isso orientar e respeitar.” (P11)

Assim essas manifestações de ambiência compreendem práticas claramente úteis, uma vez que promovem maior autonomia da mulher durante o processo do parto. Por sua vez o reconhecimento do direito à escolha e recusa de procedimentos e intervenções de forma consciente retoma ao que o movimento da MBE coloca

como práticas claramente úteis que carecem ser estimuladas. (REIS et al, 2016).

O quadro 2, abaixo colocado, elenca práticas claramente úteis, compreendidas no conceito de ambiência, adotadas na unidade em estudo e aplicadas pelas equipes de saúde conforme análise dos relatos dos participantes.

Quadro 2 - Relação de práticas claramente úteis à humanização do trabalho de parto, parto e nascimento

Aromaterapia
Musicoterapia
Dança
Massoterapia
Ultrassom vivo na barriga da parturiente
Mensagens reconfortantes

Fonte: A autora, 2019.

A utilização dessas práticas mostrou-se como uma das principais colaborações para a efetivação do acolhimento e estabelecimento de vínculo e confiança entre as parturientes e equipes assistentes, além de que contribuem para o alívio da dor, familiarização ao ambiente hospitalar e bem estar materno.

Isso também é condizente com o estudo de Dias et al. (2019), uma vez que o não reconhecimento por parte dos profissionais das práticas como ambiência não significa que as mesmas não sejam realizadas.

5.2 A INFLUÊNCIA DOS ATORES SOCIAIS NA IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO

Na implementação de uma política, é importante refletir sobre a participação de atores envolvidos, uma vez que para o sucesso ou falhas que essa atinge é necessário analisar a influência contingencial presente (GAMA et al, 2016; LEAL et al, 2019)

A partir do levantamento documental (PERNAMBUCO, 2016) foi constatado que em setembro de 2016 o estado de Pernambuco realizou a convocação dos profissionais de saúde, de diversas áreas, com intuito de reforçar o contingente de servidores nas unidades da rede estadual, fortalecendo a assistência às crianças com microcefalia e aos pacientes com arboviroses, além da rede de urgência e emergência.

Nesse chamamento houve a efetivação das enfermeiras obstetras em hospitais interioranos, o que assegurou a atenção materno-infantil a presença de profissionais qualificadas na rede (PERNAMBUCO, 2016).

Foi observado que a criação do vínculo entre gestantes com as enfermeiras obstétricas surge desde o pré-natal com a realização de Rodas de Gestantes conduzidas pela instituição sobre diversos temas de interesse ao momento vivenciado por essas mulheres (Figura 6).

Figura 6 - Banner de convocação para roda de conversa do Projeto Roda de Gestantes.



Fonte: Disponível em mídia social.

Essas rodas além de momentos de informação e vinculação, compreendem espaços para a realização de atividades com práticas integrativas e complementares

para construção do autocuidado, como atesta a divulgação da realização de momento de dança direcionado por um profissional de educação física na chamada para participação de um dos encontros (Figura 7).

Figura 7- Banner de convocação para roda de conversa do Projeto Roda de Gestantes.



Fonte: Disponível em mídia social.

Destaca-se que apesar de se tratar de uma das ações do componente I do Rede Cegonha (vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que ocorrerá o parto e a implementação de estratégias de educação em saúde sexual e reprodutiva), a iniciativa foi fruto do Programa Parto Adequado (ANEXO A).

Por conseguinte, foi possível observar pelas falas dos participantes tanto profissionais, quanto gestores, que os mesmos atribuem como um marco diferencial para a implantação e condução da intervenção analisada a presença de enfermeiras obstetras ao quadro de funcionários da maternidade, conforme relatos a seguir:

“O principal ajuste foi a introdução de enfermeiras obstétricas na cena do parto (...) e aí a presença, o acompanhamento, o estar perto, fez toda a diferença.” (G1)

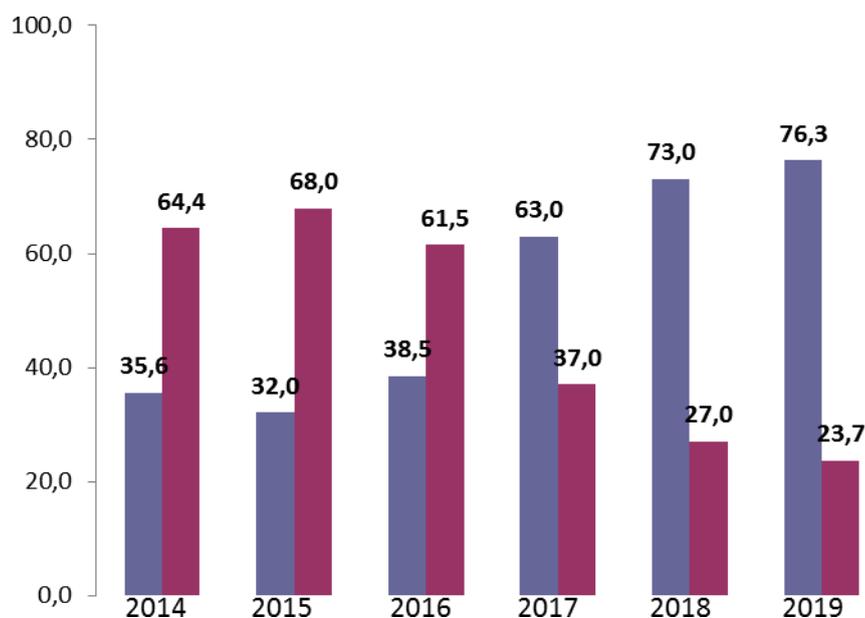
“Acho que a chegada das Enfermeiras foi o marco maior.” (P3)

“Mas a mudanças eu vi que foi as enfermeiras. Elas tiveram mais espaços para agir nos partos (...) o médico que era mais resistente percebeu a melhora e começou a participar (...) dando assistência, partejando.” (P5)

Tal achado reafirma o encontrado em estudos prévios que avaliaram o impacto da presença da equipe de enfermagem, em especial a inserção de enfermeiras obstétricas durante o trabalho de parto, como os de Sandall et al. (2016) e Gama et al. (2016).

A partir da análise estatística dos dados (Gráfico 1) foi possível observar que a inserção dessas profissionais alterou o perfil dos partos no estabelecimento, uma vez que ocorreu um aumento expressivo do número de partos vaginais/naturais passando de 35,6% do total de partos na unidade em 2014 para 76,3% em 2019. (Tabela 1).

Gráfico 1 - Percentual de nascidos vivos por tipo de parto e ano no Hospital analisado, 2014-2019.



Fonte: A autora a partir dos dados do SINASC/SVS/II GERES-PE, 2020.

Legenda: Parto normal/vaginal Parto cesáreo

Tabela 1 - Número e percentual de nascidos vivos por tipo de parto e mês na unidade estuda, 2019.

Mês	Vaginal	Tipo de Parto		%	Total
		%	Cesáreo		
Jan	70	76,9	21	23,1	91
Fev	97	77,0	29	23,0	126
Mar	76	69,7	33	30,3	109
Abr	102	77,3	30	22,7	132
Mai	86	83,5	17	16,5	103
Jun	54	69,2	24	30,8	78
Jul	59	67,0	29	33,0	88
Ago	70	77,8	20	22,2	90
Set	78	80,4	19	19,6	97
Out	82	78,1	23	21,9	105
Nov	55	78,6	15	21,4	70
Dez	48	80,0	12	20,0	60
Total	877	76,3	272	23,7	1.149

Fonte: A autora a partir dos dados do SINASC/SVS/II GERES-PE, 2020.

A inclusão de profissionais de enfermagem obstétrica trata-se de uma reorganização do modelo de atenção, pois a atuação de enfermeiros na atenção ao parto reduz o uso de práticas prejudiciais e intervenções desnecessárias e, portanto, aumenta o acesso das parturientes a humanização das boas práticas (LEAL et al. 2019).

O que também é corroborado pelo estudo de Toso, Padilha e Breda (2019) que propõem que tanto as boas práticas, quanto a enfermagem prática avançada, necessitam de debate e experiências exitosas para sua adoção no SUS.

Com o levantamento documental também foi possível constatar que através dos relatos de mulheres assistidas pela equipe desse Hospital, gravadas e disponibilizadas em mídias sociais, o reconhecimento da equipe de enfermagem, e em especial a presença da enfermagem obstétrica como ponto de satisfação ao trabalho de parto normal.

“Sempre recomendo a participação na roda de gestantes (...) eu fui muito bem acolhida aqui na maternidade, isso pra gente, pra quem já tem outros filho também é uma experiência muito boa (...) conhecer cada uma delas, dá

uma segurança tão grande pra gente. ” (U1)

“As pessoas me olham como se ter um parto normal fosse a coisa mais difícil que uma mulher pode fazer e não é (...) o que me ajudou nessa escolha tão importante foi uma enfermeira (...) nós já tínhamos o desejo, mas foi através da roda que nós firmamos que seria normal. ” (U2)

“Foi meu primeiro parto normal, foi aqui no hospital e foi assistido pelas enfermeiras obstetras. Foi muito bom, foi maravilhoso meu parto, pois tive muita ajuda e deu tudo certo. ” (U3)

“Meu parto foi com uma equipe de enfermeiros profissionais, pessoas capacitadas (...) Fosse um momento lindo, um momento mágico (...) me ajudaram a participar da bola, da dança, da música, eu tive massagem, tive escalda pés (...) foi algo magnífico, algo especial. ” (U4)

Tal achado reafirma o encontrado em estudo sobre a avaliação do modelo de atenção humanista versus o modelo tecnocrático (SANDALL et al, 2016), que demonstrou que mulheres com trabalho de parto e parto vaginal assistidas por profissionais de enfermagem obstétrica tendem a apresentar maior satisfação com o atendimento recebido do que quando assistidas no modelo tradicional.

5.3 GESTÃO DA ADESÃO: DA PACTUAÇÃO A INSTITUCIONALIZAÇÃO

Melhores resultados perinatais estão condicionados por maiores investimentos públicos. Tais recursos carecem da criação de ambientes favoráveis às negociações das relações interpessoais entre as equipes profissionais de gestores e trabalhadores (REIS et al, 2016)

A partir da análise das falas dos entrevistados observou-se que tanto gestores quanto profissionais elencam a implementação do Rede Cegonha como uma das estratégias governamentais que alterou o perfil de assistência ao parto.

“Programa Rede Cegonha também a gente recebeu a visita do ministério da saúde, e trouxe as solicitações de algumas mudanças e a gente começou a implementar essas mudanças e daí a gente evoluiu saindo de trinta, quarenta procedimentos de partos na maternidade por mês, para 120, 150, 100, 130 dependendo do mês, de partos humanizados, partos normais assistido em sua grande maioria por enfermeiros obstétricos. ” (G2)

“Creio que através da adesão do hospital a rede cegonha (...) orientando essas mulheres e também a equipe profissional, que no momento que a gente orienta as mulheres para chegarem aqui com conhecimento de humanização, sobre o atendimento, a equipe também tem que mudar o olhar o atendimento. ” (P11)

Tal achado é corroborado pelo estudo de Martinelli et al. (2014) que demonstram que através do Rede Cegonha foi possível a entrada efetiva da

assistência humanizada nos serviços obstétricos de saúde brasileiros.

Os desafios da gestão para que a implementação da atenção humanizada na assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento, de fato são válidos e complexos. Rattner (2009) elencou cinco requisitos que as unidades de saúde materno-infantil devem adquirir para se tornarem referências para partos Dentro do modelo humanista, sendo estes:

- 1) Institucionalização da atenção humanizada com base em evidências científicas;
- 2) Estruturação da rede perinatal com garantia de assistência integral;
- 3) Inserir nas atualizações profissionais, conteúdos relacionais, de forma a modificar a relação cuidador – pessoa cuidada;
- 4) Trabalhar com os profissionais o protagonismo da mulher no nascimento de seus filhos;
- 5) Necessidade de parcerias intra e extrainstitucionais em todos os níveis do sistema, entre serviços e sociedade civil, com organização efetiva do controle social.

Através tanto do levantamento documental quanto observacional verificou-se que 04 dos cinco requisitos são trabalhados efetivamente na instituição. No que tange ao institucionalização da atenção humanizada com base em evidências científicas (requisito 1) foi observada por meio da análise na fala dos participantes que as recomendações das políticas públicas de MBE são de conhecimento e estão presentes na prática das equipes, conforme os relatos a seguir:

“ A gente sabe que quando agente intervém muito a intervenção pode ser muito maléfica para o momento do parto e a mulher. “ (P8)

“O pessoal botava muito na sala e fazia muito episio, cortava muitas pacientes e hoje em dia não, elas esperam e quando acontece de romper depois sutura direitinho. Mas elas têm a paciência de esperar acabou essa história de kristeller, subir em cima da paciente.”(P3)

“Parto humanizado é respeito e assistência baseada em evidências científicas atuais.” (P12)

A estruturação da rede perinatal com garantia de assistência integral (requisito 2), mostrou-se como um requisito não alcançado no serviço avaliado. Contudo, como o processo de implementação de uma política não se finda após sua implantação, a estruturação dessa rede necessita de constata avaliação para adequação. Conformes relatos a seguir, observa-se que os profissionais envolvidos

no processo da intervenção estudada, destacam a omissão do governo estadual como uma dificuldade para a rede materno-infantil:

“A gente foi no Estado solicitar neo, mas a gente não obteve sucesso, a gente já solicitou várias vezes do Estado, os pediatras também já fizeram um ofício solicitando a vinda de um neo para cá (...) por mais que eu mostre meta que eu mostre projeto que a gente cresça e avance o Estado não manda essa parte de para gente e a gente cai um pouco com isso essa é a dificuldade. (G2)“

“O parto adequado, hoje a gente não faz mais parte, feito eu te falei eu tenho metas para cumprir e eu sozinha para alimentar o sistema, para criar temas para roda praticamente eu ia ter que morar aqui, então eu comecei a diminuir a alimentação do sistema até que um dia eu recebi um e-mail de que a gente tinha sido desligada por que a gente não estava alimentando o sistema. (P3) ”

Tal achado é condizente com o encontrado no estudo de Cavalcanti et al. (2013) que ao proporem uma modelização lógica da RC demonstra que a estratégia implantada pelo Ministério da Saúde possui lacunas que impactariam negativamente e diretamente nos municípios, uma vez que para que uma intervenção de caráter público continue efetiva é necessário que as partes que competem a cada ente federado não se omita do processo de subsídio, seja ele financeiro ou não.

A cerca do requisito 3 que preconiza: Inserir nas atualizações profissionais, conteúdos relacionais, de forma a modificar a relação cuidador – pessoa cuidada, as leituras dirigidas mostraram que a estruturação de uma rede materno-infantil humanizada precisa que os profissionais envolvidos possuam periodicamente ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), de forma que o conteúdo seja propositivo a mudança do processo de trabalho entre o cuidador e a pessoa cuidada, nesse caso as gestantes e parturientes. Esta aplicação encontra-se firmada no Termo de Adesão ao PPA (Anexo A) e é reforçada pelos trechos de relatos abaixo:

“A gente precisava de mais recursos humanos além de enfermeiros obstétricos. Reestruturar melhor a condição de acolhida tendo três leitos PPP, quartos individualizados, adequados com mais condições de acompanhamento. Precisamos de uma pediatra de plantão, nós somos de risco habitual, mais por sermos um hospital regional para 20 municípios, chega todo tipo de parto aqui. “ (G1)

“Sobre capacitação nós precisamos de apoio vindo da secretaria, por que em relação à visão humanizada da nossa unidade, aí eu falo da direção ao enfermeiro, ao técnico ela já tem essa visão. Mas, faltam incentivos em níveis mais altos, da Secretaria para poder nos fortalecer com equipamentos, capacitação e insumos de uma forma geral que nós precisamos melhorar. Então insumo e capacitação são fundamentais. “ (P9)

A partir do relato dos entrevistados, tanto de gestor quanto de profissional observa-se que, apesar do apoio governamental a humanização da assistência ao parto, por meio de publicações de políticas/programas e ações estratégicas desde a década de 80, muitas instituições hospitalares ainda possuem dificuldades para implementação total dos critérios adotados pelo RC.

Isso é condizente com o estudo “Entre políticas (EPS - Educação Permanente em Saúde e PNH - Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS)” (VASCONCELOS et al., 2016) que indica que as unidades de saúde devem ser enxergadas como espaços formativos, que carecem de visitas técnicas e apoio técnico-pedagógico, afim de construir e/ou fortalecer os espaços de cogestão em uma rede atenção à saúde.

Sobre o requisito 4, a pesquisa também constatou que é efetivo o trabalho da instituição com seus profissionais acerca do protagonismo da mulher no nascimento de seus filhos, além do que é percebido nas falas dos participantes anteriormente citadas neste estudo, também é verificado no cartaz informativo sobre o PPA, disponível no Anexo B.

Por fim, a partir das falas a seguir do Gestor 2 (G2), percebe-se que a humanização do parto na unidade estudada atende ao requisito 5 das recomendações de Rattner (2009), que elenca que as verdadeiras mudanças de padrão assistencial ocorrem quando parcerias intra e extra institucionais que perpassam todos os níveis do sistema, entre serviços públicos e sociedade civil, e com organização efetiva do controle social acontecem.

Sim a gente tem um grupo de coordenadores, que é um momento em que as coordenações do hospital se encontram, onde são discutidos né melhorias de direcionamento, de algumas demandas. (...)

São feitas e discutidas e até mesmo esclarecidas para o restante do hospital que não seja do setor médico na verdade do setor de assistência (...). Existe sim, a parceria né do próprio núcleo de educação em saúde com a geres com os grupos municipais de conselho de saúde, alguns políticos também. (...)

Sim, eu mesma participei da conferência de saúde municipal, teve outras enfermeiras que foram convidadas para fazer palestras, para divulgar o trabalho do serviço e também contribuir com o município e com outros municípios da segunda regional. (...)

Já participei de conferências da mulher no município de Nazaré da Mata e no município de Carpina no fórum de saúde da mulher. (...) discutimos assuntos com relação à assistência à saúde materna e infantil na

maternidade.

Sim, a gente participa além de conferências, participa da CIR (reuniões intergestores) e consegue divulgar o trabalho que é feito no hospital e aderir com parcerias com os municípios.

A construção e condução do estudo permitiu compreender questões as quais a intervenção de saúde está sujeita, entretanto o mesmo está sujeito às limitações de tempo para sua execução, bem como de olhar do pesquisador que mesmo embasado por referenciais teóricos, ainda está sujeito a vieses.

Ao se analisar o processo de adesão da unidade estudada ao Modelo Humanizado de Assistência ao Parto foi possível compreender o contexto político-institucional a qual unidade estava sujeita no processo de adesão, bem como identificar os fatores intra e extra institucionais contribuíram na adesão ao modelo, e ainda permitiu identificar as mudanças de práticas voltadas ao campo da Medicina Baseada em Evidências.

Dessa forma para que o atendimento humanizado nessa unidade de saúde materno-infantil seja de fato implementado é necessário a participação de diversos atores políticos que extrapolem os muros da unidade de saúde estudada e se ancore em parcerias que garantam financiamento, capacitações e demais subsídios para efetivação das mudanças demandas pelo Modelo de Atenção Humanizado ao parto.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar a implementação de uma experiência institucional exitosa, permite tornar científico o processo de trabalho em saúde dos profissionais e gestores envolvidos na intervenção, e dessa forma contribuir como inspiração de vivência à outras unidades do Sistema Único de Saúde.

Esse trabalho, ao propor a realização de uma investigação e observação do processo de adesão de uma unidade hospitalar ao modelo humanístico de parto, então tratado como Modelo de Atenção Humanizada ao Parto (MAHP), buscou atender a necessidade de disponibilização de estudos sobre o tema, ao passo que mostrou a importância de refletir sobre o contexto político-institucional para o entendimento do processo de incorporação de novas práticas a rotina de um serviço, o que ocorre demandando significativa mudança do processo de trabalho dos profissionais envolvidos.

Em resposta às perguntas que nortearam o estudo constatou-se que o processo de adesão da Unidade Hospitalar analisada ao MAHP transcorreu com a contribuição de fatores intra e extra institucionais, destacando-se nesse quesito a incorporação de enfermeiras obstetras ao quadro de funcionários da maternidade o que reafirma o encontrado na literatura, onde a presença de enfermagem obstétrica na equipe de assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento aumenta o uso de práticas de medicina baseadas em evidência, e redução de violências obstétricas.

Para que o atendimento humanizado ao parto fosse de fato implementado nesse serviço de saúde foi necessário a participação de diversos atores políticos além dos muros da unidade, de maneira que, a oportunidade de realizar cursos de qualificação só foi possível mediante a intermediação de agentes - enfermeiras obstetras - durante convites em apresentações de avaliação e monitoramento do PPA.

Além da presença de profissionais qualificadas, a implementação de intervenções como a Rede Cegonha e o Programa Parto Adequado se mostraram essenciais para a construção de uma política interna de assistência humanizada.

Desta forma, a concretização da adesão incitou como principais mudanças na esfera assistencial a implementação de práticas estipuladas pelas políticas públicas que são claramente úteis ao trabalho de parto, parto e nascimento como: Aromaterapia, Musicoterapia, Dança, Massoterapia, Ultrassom vivo na barriga da

gestante e Mensagens reconfortantes.

No âmbito gerencial, esse novo clima organizacional permitiu a mudança do perfil da unidade hospitalar com acréscimos a cada ano de partos normais e com respeito ao protagonismo da mulher, com o reconhecimento das mesmas através de mensagens em mídias sócias que melhoram a visão de outros usuários do sistema aos serviços públicos, tão desacreditados.

Ainda assim, alguns entraves permanecem para a implementação total à adesão ao modelo de parto humanizado. Profissionais mais antigos resistem ao de práticas de MBE e insistem em práticas sem comprovação ou de malefício comprovados, e por isso a agenda de sensibilização com oficinas e cursos deve ser constantemente estimulas.

Os entrevistados, tanto gestores quanto profissionais, também elencaram que a omissão da gestão em níveis centrais dificulta para a implementação ao modelo. A falta de recursos é um entrave em todos os setores do SUS e assim, materiais e estruturas com o tempo se deterioram e acabam comprometendo a continuidade das ações humanizadas na assistência materno-infantil.

Esse trabalho reconhece a humanização da assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento como um projeto para toda a rede de saúde, e pretende ser um instrumento a ser utilizado por gestores que desejem implementar o modelo de parto humanizado, o qual é um grande avanço no sentido da compreensão do evento do parto além do contexto biológico.

Por fim, recomenda-se a unidade que institucionalize a coleta de dados importantes na comprovação de uma assistência ao parto humanizada, para além dos prontuários das pacientes. Esse tipo de registro deve ser de fácil acesso, para que se possa tomar medidas avaliativas em tempo oportuno, a exemplos seriam o registro da realização de práticas malélicas ou sem embasamento (episiotomia de rotina, Manobra de Kristeller) bem como práticas claramente úteis (posição do parto e acompanhante da escolha da parturiente).

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. S. C. Sobre a humanização no trabalho em Saúde. **Interface**: - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 23, p:01-06, 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BONAZZI, V.C. A. M. *et al.* Contribuições da criação da câmara técnica de obstetrícia do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 8, n. 2, p: 47-51, 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE-(Brasil). **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, n. 128, p. 25, 6 jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 110, p.4-6, 8 Jun. 2000.

BRASIL. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Nascidos vivos - Brasil – dados preliminares. 2018**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/pnvuf.def>. Acesso em: 09 fev. 2020 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos - Brasil - dados preliminares. 2018**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pmat10uf.def>. Acesso em: 09 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Consolidada da Rede Cegonha (Portaria Nº 1.459 de 24/06/2011 e Portaria Nº 2351 de 05/10/2011). Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS a Rede Cegonha . **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 196, p.58, 6 Out. 2011.

BRASIL, M. S. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Resolução 466/12**. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Brasília, 2012.

CANZONIERTI, A. M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. Petrópolis: Vozes, 2010.

CRUZ, C. H. C.; VIEIRA, M. S. As parteiras, o partejar e a noção de pessoa em Ribeira da Barca, Cabo Verde. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p.40-58, 8 set. 2015.

DAVIS-FLOID, R; ST. JOHN, G. **From doctor to healer: the Transformative journey**. New Jersey. Ed: Rutgers University Press, 1998, 326 p.

DIAS, P. F. et al. Concept formation of ambience for labor and normal institutionalized delivery. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 3, p: 348-359, dez. 2019.

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

DINIZ, C. S. Grilo et al. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface: comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p: 253-259, mar. 2016.

DINIZ, S. G. et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development** São Paulo, v. 25, n. 3, p: 377-384, 2015.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza, ed.: UEC, 2002, 75 p.

GAMA S. G. N. et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. **Reprod Health**, Switzerland, v. 13 Suppl 3: 123, 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo, ed.: Atlas, 4. ed, 2009, 46 p.

GOMES, M. L.; MOURA, M. A. V. Modelo Humanizado de Atenção ao Parto no Brasil: Evidências na Produção Científica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20 n.2, p: 248-54, 2012.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008, 368 p.

LANSKY, S. et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p: 2811- 24, ago. 2019.

LEAL, M. C. et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, p: 1-14, 2019.

LOPES, G. C. et al. Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após Rede Cegonha. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, p:1-12, 29 abr. 2019.

MARTINELLI, K. G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Jardim Paulista, v. 36, n. 2, p: 56-64, fev. 2014.

MELO, B. M. et al. Implementation of good practice in assistance to labor at a reference maternity. **RevRENE**. Fortaleza, v. 18, n. 3, p: 376 – 82, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Maternidade segura**. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996. 53 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Recomendações da OMS**: cuidado intraparto para uma experiência de parto positivo. Genebra, 2018, 10 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Genebra, 2018, 200 pag.

PEREIRA, A.; FERREIRA NETO, J. L. Processo de implantação da política nacional de humanização em hospital público. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p: 67-88, abr. 2015.

PERNAMBUCO. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. **Gerências Regionais de Saúde**. Recife: Secretaria Executiva de Coordenação, 2020. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/gerencias-regionais-de-saude>. Acesso em: 14 jun. 2020.

PERNAMBUCO. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde. **Assistência ao Parto: Fernandes Salsa promove curso de atualização**. Recife, 2018. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-atencao-saude/assistencia-ao-parto-fernandes-salsa-promove-curso-de>. Acesso em: 24 dezembro 2019.

PERNAMBUCO. Secretaria Executiva de Atenção à Saude. **Unidades de saúde e serviço**. Recife, 2019. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/hospital-regional-jose-fernandes>. Acesso em: 07 nov. 2019.

PERNAMBUCO. Secretaria Executiva de Atenção à Saude. **Governador convoca**

servidores para Saúde. Recife, 2016. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-atencao-saude/governador-convoca-servidores-para-saude>. Acesso em: 24 dez. 2019.

PERNAMBUCO, S. E. S. Secretaria Estadual de Saúde. **Pernambuco é o primeiro Estado a aderir à Rede Cegonha.** Recife, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/pernambuco-e-o-1o-estado-aderir-rede-cegonha>>. Acesso em: 27 Jan 2019.

RABELO, M. et al. **Estratégias da gestão para implantação do Modelo da Rede Cegonha em uma maternidade pública de Curitiba.** *Cogitare Enferm.* Paraná, v. 22, n. 2, e48252, 2017.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 1, p:759-768, 2009.

RATTNER, D. Humanizing childbirth care: brief theoretical framewirk. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 13, sup. 1, p: 595-602, 2009.

REIS, C.S.C. et. el. Analysis of births attended by nurse midwives under the perspective of humanization of childbirth .**RevPesqui. Cuid. Fundam**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p: 4972 – 9, 2016.

SANDALL J. et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database Syst Rev**, Canadá, v. 4, cd004667, 2016.

SILVA, R. C. et al. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n.3, p. 629-36, 2013.

SILVA, T. P. R. et al. Obstetric Nursing in best practices of labor and delivery care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 3, p: 235-242, dez. 2019.

SOUSA, A. M. M. et al. Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p: 324-331, 2016.

SOUZA, T. G.; GAIVA, M. A. M.; MODES, P. S. S. A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.32, n. 3, p: 479-86, 2011.

SOUZA, J.P.; PILEGGI-CASTRO, C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **CadSaude Publica**, Rio de Janeiro, v. 30, Supl. 1, 2014.

TEIXEIRA, A. N. A centralidade do pesquisador na relação com os softwares de análise qualitativa. *In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE SOCIOLOGIA*, 15., 2011, Curitiba. **Anais [...]**. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Sociologia, 2011.

TESSER, C.D.; KNOBEL, R., ANDREZZO, H.F.A.; DINIZ, S.G. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer? **Rev. Bras. Med. Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, n. 10, v. 35, p:1-12, 2015.

TOSO, B. G. O.; PADILHA, M. I.; BREDA, K. L. The euphemism of good practice or advanced nursing practice. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p:01-08, 2019.

VASCONCELOS, M. F. F. et al. Entre políticas (EPS - Educação Permanente em Saúde e PNH - Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 59, p: 981-991, 15 ago. 2016

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago./dez. 2014.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTÃO HOSPITALAR

Pesquisa: Adesão ao Modelo de Atenção Humanizada ao Parto por um Hospital Público de Pernambuco

Código do Entrevistado: _____

- 1) O que você entende por Atenção Humanizada ao Parto?
- 2) Como esse conceito chegou no Hospital Regional de Limoeiro? Em que momento o Hospital aderiu ao Parto Humanizado? O que motivou essa adesão?
- 3) Como você contribuiu para esse conceito ser implantado no Hospital Regional de Limoeiro?
- 4) O que a adesão demandou de ajustes na estrutura e organização dos serviços da maternidade? Como foram implementados essas demandas?
- 5) Que novas práticas foram incorporadas a assistência obstétrica após a adesão ao Parto Humanizado?
- 6) Quais as mudanças de indicadores na assistência às gestantes foram possíveis de observar com a adesão?
- 7) Quais os desafios que ainda permanecem na gestão hospitalar para a implantação de uma equipe 100% humanizada?
- 8) Quem você me indica para conhecer essa pesquisa e ser convidado a contribuir com ela?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS DA ASSISTÊNCIA

Pesquisa: Adesão ao Modelo de Atenção Humanizada ao Parto por um Hospital Público de Pernambuco

Código do Entrevistado: _____

- 1) O que você entende por Atenção Humanizada ao Parto?
- 2) Como esse conceito chegou no Hospital Regional de Limoeiro? Em que momento o Hospital aderiu ao Parto Humanizado?
- 3) Como você contribuiu para esse conceito ser implantado no Hospital Regional de Limoeiro?
- 4) O que a adesão demandou de ajustes na estrutura e organização dos serviços da maternidade? Como foram implementados essas demandas?
- 5) Que novas práticas foram incorporadas a assistência obstétrica após a adesão ao Parto Humanizado?
- 6) Que mudanças na assistência às gestantes você acompanhou/acompanha neste serviço como resultado da adesão? Como você avalia tais mudanças?
- 7) Quais os desafios que ainda permanecem no hospital para a implantação de uma equipe 100% humanizada?
- 8) Quem você me indica para conhecer essa pesquisa e ser convidado a contribuir com ela?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termode Consentimento Livre e Esclarecido eu _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**Adesão ao Modelo de Atenção Humanizada ao Parto por um Hospital Público de Pernambuco**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

A pesquisa “Adesão ao Modelo de Atenção Humanizada ao Parto por um Hospital Público de Pernambuco” tem como objetivo geral analisar o processo de adesão do Hospital Regional de Limoeiro ao Modelo de Atenção Humanizada ao Parto.

- Ao voluntário só caberá responder veementemente as questões condizentes ao roteiro da entrevista;
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados à comunidade científica, cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Riscos: não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável. Existe risco de constrangimento por exposição dos sujeitos o que será evitado com a garantia do sigilo e anonimato das colaborações, ressaltando que os mesmos podem desistir a qualquer momento e diante da desistência a entrevista individual não será utilizada.
- Benefícios: Esta pesquisa busca o oferecimento de benefícios para a instituição de destino, uma vez que, a partir da reflexão sobre o processo de

adesão ao Modelo de Atenção Humanizada ao Parto e suas contribuições, será possível traçar estratégias de enfrentamento dos impasses e de fortalecimento das contribuições.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Local e data: _____

Assinatura do Participante

Assinatura da Entrevistadora

ANEXO A – TERMO DE COMPROMISSO DO HRJFS COM O PPA

Termo de Compromisso do Projeto da maternidade do HRLJFS

Nome do Projeto: PARTO ADEQUADO DA MATERNIDADE DO HOSPITAL REGIONAL JOSÉ FERNANDES SALSA - LIMOEIRO/PE

Instituição: HOSPITAL REGIONAL JOSÉ FERNANDES SALSA - LIMOEIRO/PE

Patrocinador¹: SES/PE

Responsável²: ELISABETE CRISTINA SILVA TEIXEIRA DE OLIVEIRA Líder da Equipe³: ANA CARULINA NASCIMENTO SOARES

Gestor do projeto⁴: MARIA LUZIA PEREIRA ALVES JANUÁRIO

Outros participantes : ESTÃO INCLUSOS PACIENTES E FAMILIARES

Contexto: A MATERNIDADE DO HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO POSSUI VINTE DOIS LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO, BERÇARIO COM QUATRO LEITOS PARA CUIDADOS INTERMEDIARIOS, UMA SALA DE PARTO, POSSUI EQUIPE COM TREZE OBSTETRA, OITO ENFERMEIRAS OBSTETRAS, CERCA DE VINTE OITO TECNICOS EM ENFERMAGEM, OFERECEMOS ASSISTENCIA A PARTOS DE RISCO HABITUAL PARA VINTE DOIS MUNICIPIOS DA IIª REGIONAL DE SAUDE, REALIZA CERCA DE 130 PARTOS/MÊS, COMPUTANDO CESAREANAS E PARTOS NORMAIS, COMO TAMBEM ATENDE MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO.

Descrição do incomodo ou oportunidade: O PPA TROUXE PROPOSTAS DE MUDANÇAS NA FORMA DE ASSISTIR AO PARTO E NASCIMENTO, PROMOVENDO MELHORIAS NA CULTURA DE ASSISTENCIA AO PARTO, VIABILIZANDO A IMPLANTAÇÃO DE UMA ASSISTENCIA ADEQUADA E HUMANIZADA.

Descrição do objetivo de resultado do projeto: O PRESENTE PROJETO TEM COMO OBJETIVO MUDAR A CULTURA DE ASSISTIR AO PARTO E IMPLANTAR MELHORIAS CONTÍNUAS GARANTINDO A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA.

¹O líder sênior da organização, preferencialmente o Diretor Executivo. Comunica que o projeto será realizado e apoia o projeto em todas as suas necessidades.

²Quem é o responsável? O responsável é preferencialmente o Diretor Técnico ou equivalente. Aloca tempo dos participantes para dedicar ao projeto, aloca os recursos financeiros necessários.

³Quem é o líder? Pessoa que vai liderar a equipe do projeto. Responsável por manter o ritmo do projeto, tarefas em dia e apresentação à organização do relatório mensal. É a alma da equipe.

⁴Quem é o gestor? Gerente administrativo que organiza toda a documentação do projeto, agenda reuniões, ajuda na coleta e organização dos indicadores.

Tabela de Resumo dos Objetivos de Projeto

Questão 1: O que estamos tentando realizar?	Questão 2: Como saberemos se uma mudança é uma melhoria?		
Objetivos de resultados e processos	*Indicadores/Medida	Desempenho ou situação atual	Alvo ou Meta
1 Aumentar a percentagem de partos vaginais Robson 1 a 4	PV1: Percentual de Partos Vaginais nas gestantes com classificação de Robson I a IV	Percentual de 60% após início do projeto.	Aumentar em quase 70% o índice de partos vaginais.
2 Reduzir admissão em UTI Neonatal em neonatos acima de 2.5kg	UTI1: Taxa de Admissões de neonatos (>=2.5kg) em UTI Neonatal por 1000 nascidos vivos (Robson 1 a 4) - exceto RN com malformação "Major"		
3 Reduzir eventos adversos	EAT: Taxa de eventos adversos por 1000 (gestantes classificadas como Robson 1 a 4)		
4 Aumentar a satisfação com o hospital	SAT2: Promotores líquidos com hospital (satisfação) entre gestantes classificadas como Robson 1 a 4		
5 Aumentar a satisfação com a equipe	SAT1: Promotores líquidos com equipe (satisfação) entre gestantes classificadas como Robson 1 a 4	Aumento considerável de adesão por parte da equipe após apresentação do projeto.	Humanização por parte de toda a equipe.

Justificativa para a Meta Principal do ProjetoImportância do Projeto (porque é importante realizar esse projeto)

Q3. Que Mudanças Podemos Fazer que Resultarão em Melhorias?

Q3.1 Atividades Iniciais do projeto

- IMPLANTAR AVALIAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DE INDICADORES;
- IMPLANTAR RODAS DE CONVERSA EM PARCERIA COM ATENÇÃO BÁSICA;
- DIVULGAR O PROTOCOLO DO PARTO NORMAL E CESÁREA, OBJETIVANDO A MUDANÇA NA CULTURA DO PARTO CESAREANA;
- IMPLANTAR NO SERVIÇO MOMENTO DE QUALIDADE PARA MOTIVAÇÃO DA EQUIPE QUANTO A PRÁTICA DO PARTO ADEQUADO;
- REORGANIZAR A ESTRUTURA FÍSICA DA MATERNIDADE, PROMOVENDO MELHOR ASSISTÊNCIA A GESTANTE NO TRABALHO DE PARTO;
- CAPACITAÇÃO DA EQUIPE MÉDICA E DE ENFERMAGEM QUANTO AS BOAS PRÁTICAS NO PARTO;
- AMPLIAR O NÚMERO DE ENFERMEIROS OBSTÉTRA;
- IMPLANTAR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA MATERNIDADE;
- IMPLANTAR O SERVIÇO DE DOULA;
- AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO PARA O PARTO HUMANIZADO (BOLA DE BOLBATH, CAVALINHO, BANQUETA, ...);
- IMPLANTAÇÃO DO PARTOGRAMA;
- SENSIBILIZAÇÃO DA EQUIPE ATRAVÉS DE REUNIÕES DINÂMICAS.

Q3.2 Pacote de Mudanças (descrever principais mudanças)

- OFERTAR AS PARTURIENTES LIVRE ESCOLHA DE POSIÇÕES PARA O PARTO (VERTICAL E OUTROS);
- ADEQUAR À ASSISTÊNCIA A MULHER EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO;
- ADEQUAR ASSISTÊNCIA A MULHER VITIMA DE VIOLÊNCIA;
- PROPORCIONAR A PARTICIPAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTETRA QUANTO AO PROCESSO DE INTERNAÇÃO;
- OFERTAR CAPACITAÇÃO DE HUMANIZAÇÃO COM A EQUIPE MÉDICA;
- IMPLANTAR A CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON NA UNIDADE

Restrições e Riscos para o Projeto:

- RESISTÊNCIA DOS PROFISSIONAIS RELACIONADO ÀS MUDANÇAS;
- ESPAÇO FÍSICO DA MATERNIDADE LIMITADO;
- RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS INSUFICIENTES;
- POUCA ADEÇÃO DOS PROFISSIONAIS;
- POUCA OFERTA DE CAPACITAÇÕES E TREINAMENTOS;
- BAIXA DISPONIBILIDADE DE ALGUNS PROFISSIONAIS

- RESISTÊNCIA DA EQUIPE MÉDICA COM RELAÇÃO A UTILIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RHOBSON

ANEXO B – CARTAZ INFORMATIVO SOBRE O PPA NO HRJFS

Esta maternidade participa do Projeto Parto Adequado e apoia as boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

NOSSO DEVER:

- 1** Respeitar cada mulher na sua individualidade, levando em consideração seus medos e suas necessidades;
- 2** Oferecer à mulher as melhores condições e recursos disponíveis, para que se sinta acolhida e segura;
- 3** Garantir acesso às informações sobre o parto e nascimento;
- 4** Garantir o acompanhante de livre escolha;
- 5** Promover a participação do homem no momento do parto e nascimento;
- 6** Ofertar métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor;
- 7** Promover o contato pele a pele entre mãe e bebê imediatamente após o nascimento;
- 8** Assegurar a permanência da mãe junto ao seu recém-nascido durante o tempo de internamento na UTI, UCI e Enfermaria Canguru;
- 9** Fortalecer a vigilância de óbitos maternos e neonatais;
- 10** Reduzir os índices de cesarianas desnecessárias, episiotomia e oxitocina.

ANEXO C – APRESENTAÇÃO DO PPA PARA OS PROFISSIONAIS DO HRJFS



PARTO ADEQUADO

Teve início em 2015 pós rede cegonha com a necessidade de qualificar o parto vaginal e diminuir o índice de cesarianas. Ofertando qualidade e segurança na atenção ao parto e nascimento.



POR QUE UMA EPIDEMIA DE CESÁREA NO BRASIL?

o “todo sistema é perfeitamente desenhado para produzir os resultados que obtém.”



Enquanto líderes e profissionais da assistência, vocês são responsáveis pelos resultados destes sistema.
(Dr. Paul Batalden)

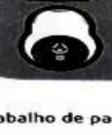
HRLJFS

Tem como meta :

- o Implantar a classificação de risco e capacitar profissionais
- o Participação de fisioterapeuta na assistência ao parto
- o Ampliar suporte do berçário
- o Sala PPP
- o Capacitar as equipes quanto as boas práticas
- o Uso do partograma
- o Parceria com atenção básica
- o Classificação de Robson
OMS recomenda o uso da Classificação de Robson para monitorar taxas de CS!

- o Por isso, torna-se imprescindível a qualificação da atenção à gestante, a fim de garantir que a decisão pela via de parto considere os ganhos em saúde e seus possíveis riscos, de modo claramente informado e compartilhado entre a gestante e a equipe de saúde que a atende.

Quadro 1: Classificação de Robson

<p>Grupo 1</p>  <p>Nullíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo</p>	<p>Grupo 6</p>  <p>Todas nullíparas com feto único em apresentação pélvica</p>
<p>Grupo 2</p>  <p>Nullíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto</p>	<p>Grupo 7</p>  <p>Todas multiparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)</p>
<p>Grupo 3</p>  <p>Multiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo</p>	<p>Grupo 8</p>  <p>Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)</p>
<p>Grupo 4</p>  <p>Multiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto</p>	<p>Grupo 9</p>  <p>Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)</p>
<p>Grupo 5</p>  <p>Todas multiparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas</p>	<p>Grupo 10</p>  <p>Todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)</p>

 Cesárea anterior

 Trabalho de parto espontâneo



ANEXO D – APRESENTAÇÃO PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DO PPA
NO HRJFS

Storyboard para SAP1



PARTO ADEQUADO



HRL Jose Fernandes Salsa

05 de setembro de 2017

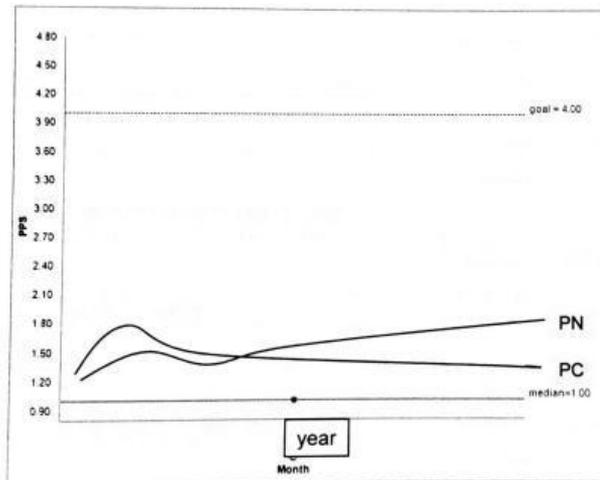


Equipe

Sponsor (patrocinador)	Elizabeth Oliveira
1. Responsável pelo projeto	Maria Luzia Alves
2. Líder do projeto	Ana Carulina
3. Especialista técnico	Silvana Do Nascimento
4. Especialista clínico	Betânia Cavalcanti



Grafico PV1 (Extranet)



JUSTIFICATIVA

O GRÁFICO REPRESENTA REDUÇÃO PROGRESSIVA DO NÚMERO DE CESAREANAS; ASSIM COMO O AUMENTO PROGRESSIVO DOS PARTOS NORMAIS.



BARREIRAS E SOLUÇÕES

Baixa aplicabilidade das boas práticas ao trabalho de parto	Capacitar as equipes quanto boas práticas
Elevado número de Cesariana	Estimular quanto ao parto normal, assim como humanização, aplicação de boas praticas e uso da classificação de Robson.
Desuso do Partograma	Capacitar e orientar a equipe quanto a importância do uso do mesmo
Plantões sem enfermeiro obstetra	Compor equipes por meio da contratação de enfermeiros obstetras
Inexistência de classificação de risco	Implantar e capacitar os profissionais quanto a classificação de risco
Treinamento em serviço insuficiente	Implementar ações de educação permanente quanto a assistência a mulher e RN



Próximos mudanças que iremos testar

- Posições de parto (VERTICAL)
- Deficiência quanto a assistência a mulher em situação de abortamento
- Deficiência quanto assistência a mulher vitima de violência
- Pouca autonomia da enfermeira obstetra quanto ao processo de internação
- Capacitação de humanização com a equipe médica



ANEXO E – EMENTA CURSO DE QUALIFICAÇÃO DO REDE CEGONHA PARA ENFERMEIRAS OBSTETRAS



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações
Programáticas e Estratégicas



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
MATERNO INFANTIL

Anexo 1

Sobre o Curso:

Título: Curso de qualificação profissional de Enfermeiras (os) Obstetras, com enfoque no componente parto e nascimento, da Rede Cegonha / Ministério da Saúde

Coordenação e execução do projeto:

Carla Luzia França Araújo, Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Contato: araujo.ufri@gmail.com Tel 21 99948-8562.

Ementa:

Desenvolvimento de competências que instrumentalizem a(o) enfermeira(o) obstétrica(o), buscando resgatar e fortalecer sua prática, para atuação na assistência ao parto e nascimento, com base na humanização e nas evidências científicas atuais, considerando os preceitos éticos e legais da profissão. Implementação da Rede Cegonha no território nacional, com foco em um de seus componentes parto e nascimento. Promoção da melhoria na atenção ao parto e nascimento e no bem estar da mulher, recém-nascido e família.

Público alvo: enfermeira(s) obstetras, com vínculo empregatício e atuação em hospitais/maternidades contratualizados à estratégia Rede Cegonha.

Objetivo:

- Realizar cursos de extensão na modalidade Qualificação Profissional que visem o aprimoramento da assistência ao parto e nascimento por Enfermeiras(os) Obstetras, contribuindo para a melhoria da assistência ao parto e nascimento, na redução de cesarianas desnecessárias e no fortalecimento do trabalho em equipe.

Objetivos específicos:

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

Metodologia:

Cursos terá carga horária de 144 horas; sendo 120 horas realizadas nas unidades de assistência ao parto (unidades de admissão, sala de parto e Centro de Parto Normal/CPN) e 24 horas de

conteúdo teórico e teórico-prático, sendo uma parte deste último para finalização de um plano de trabalho individual voltado à inserção da participante na assistência ao parto em sua instituição de origem.

Número de Cursos – 12 cursos, com 10 participantes. Totalizando 120 participantes.

Local do Curso:

Atividades teórico-práticas – Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ.

Atividades práticas: Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda, Hospital Maternidade Mariska Ribeiro e Casa de Parto David Capistrano.

Formas de acompanhamento:

O acompanhamento das atividades práticas será realizado por tutoras e preceptoras das maternidades envolvidas. As aulas serão ministradas por equipe qualificada nas atividades propostas. A coordenação do projeto e dos cursos será feita por professores da EEAN/UFRJ.

Formas de avaliação:

- Presença: 100%
- Realização de pré e pós-teste
- Plano de ação para inserção na prática de assistência ao parto nas maternidades de origem
- Relatório após 3 meses do retorno ao serviço.

Resultados esperados:

- Melhorar a qualidade da assistência prestada nos hospitais/maternidades contratualizados à Rede Cegonha.
- Fortalecer a atuação da Enfermeira Obstetra no modelo assistencial, com base nas diretrizes da Rede Cegonha.
- Contribuir na implementação da estratégia Rede Cegonha, em todo o território nacional.

Requisitos para a inscrição:

- Atuar em hospitais/maternidades vinculados ao Sistema Único de Saúde e contratualizados na Rede Cegonha.
- Ter disponibilidade para realizar o Curso de Aprimoramento: dedicação exclusiva durante o período de 15 dias no Rio de Janeiro, durante a realização Curso.
- Apresentar Diploma de Graduação em Enfermagem
- Estar regularmente inscrita (o) no Conselho Regional de Enfermagem
- Apresentar certificado de conclusão de Especialização em Enfermagem Obstétrica.
- Apresentar documento assinado pelo(a) participante constando: interesse em participar do Curso de Qualificação Profissional, bem como compromisso com as atividades propostas.
- Apresentar documento formal da Direção da Instituição de origem, constando: interesse na participação da Enfermeira para a realização do Curso de Qualificação Profissional e liberação, em regime de dedicação exclusiva, durante o período de afastamento para a realização do curso e compromisso com a inserção da mesma na assistência direta ao parto de baixo risco.

ANEXO F – PARECER TÉCNICO DE RECURSOS ESTADUAIS PARA QUALIFICAÇÃO DE MATERNIDADES DO REDE CEGONHA

1. Propostas para Ambiência e aquisição de Equipamentos para Serviços que realizam Parto

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	INFORMAÇÕES GERAIS				AMBIÊNCIA E EQUIPAMENTOS PARA SERVIÇOS QUE REALIZAM PARTO	
			ESTABELECIMENTO	ESFERA ADM	TIPO DE GESTÃO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	SOLICITADA PA	PARECER TÉCNICO ATSM
II GERES	BOM JARDIM	2711931	HOSPITAL MUNICIPAL DR MIGUEL ARRAES DE ALENCAR (47 P/A, zero PC)	ADM DIRETA SAUDE		MUNICIPAL	1	NÃO RECOMENDADO*
II GERES	CARPINA	2428784	UNIDADE MISTA FRANCISCO CHATUBRIN (22 P/A, 33% PC)	ADM DIRETA SAUDE		MUNICIPAL	1	NÃO RECOMENDADO*
II GERES	LAGOA DE ITAENGA	2711389	MATERNIDADE JOSEFA CAVALCANTE PETRIBU (10 P/A, zero PC)	ADM DIRETA SAUDE		MUNICIPAL	1	NÃO RECOMENDADO*
II GERES	LAGOA DO CARRO	2715392	UNIDADE MISTA SIMEAO RIBEIRO DE LEMOS (22 P/A, ZERO PC)	ADM DIRETA SAUDE		MUNICIPAL	1	NÃO RECOMENDADO*
II GERES	LIMOEIRO	2713032	HOSPITAL REGIONAL JOSE FERNANDES SALSA (1049 P/A, 51% PC)	ADM DIRETA SAUDE		ESTADUAL	1	AP
II GERES	NAZARE DA MATA	2711958	HOSPITAL REGIONAL HERMINIO COUTINHO (344 P/A, 39% PC)	ADM DIRETA SAUDE		ESTADUAL	1	AP
II GERES	OROBO	2712067	HOSPITAL SEVERINO TAVORA (101 P/A, 26% PC)	ENT BENEF SEM FINS LUCRATIVOS		PRIVADO	1	NÃO RECOMENDADO*
II GERES	PAUDALHO	2516764	HOSPITAL GERAL DE PAUDALHO (603 P/A, 65% PC)	CONVÊNIO MUNICIPAL		PRIVADO	1	AP
II GERES	SURUBIM	2354551	HOSPITAL SAO LUIZ (813 P/A, 53% PC)	ENT BENEF SEM FINS LUCRATIVOS		PRIVADO	1	AP
II GERES	VICENCIA	2711397	MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE FATIMA (158 P/A, 30% PC)	CONVÊNIO MUNICIPAL		PRIVADO	1	NÃO RECOMENDADO*

2. Propostas para CPN

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	INFORMAÇÕES GERAIS				CENTRO DE PARTO NORMAL	
			ESTABELECIMENTO	ESFERA ADM	TIPO DE GESTÃO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	PROPOSTA DE AMPLIAÇÃO	
							SOLICITADA PA	APROVADA ATSM
II GERES	LIMOEIRO	2713032	HOSPITAL REGIONAL JOSE FERNANDES SALSA (1049 P/A, 51% PC)	ADM DIRETA SAUDE		ESTADUAL	1	AP
II GERES	NAZARE DA MATA	2711958	HOSPITAL REGIONAL HERMINIO COUTINHO (344 P/A, 39% PC)	ADM DIRETA SAUDE		ESTADUAL	1	NÃO ATENDE CRITÉRIOS
III GERES	BARREIROS	2348179	CASA DE SAUDE E MATERNIDADE JOAO ALFREDO (679 P/A, 16% PC)	PRIVADO CONVÊNIO SUS		PRIVADO	1	NÃO ATENDE CRITÉRIOS*
III GERES	CORTES	2715201	UNIDADE MISTA DE CORTES ELVIRA VALENÇA BORBA (27 P/A, zero PC)	PUBLICA		MUNICIPAL	1	NÃO ATENDE CRITÉRIOS*
III GERES	GAMELEIRA	2435454	UNIDADE MISTA ARGEMIRA S. R. BARROS (107 P/A, zero PC)	PUBLICA		MUNICIPAL	1	NÃO ATENDE CRITÉRIOS*
III GERES	JAQUEIRA		HOSPITAL NOVO - A SER CONSTRUÍDO				1	NÃO ATENDE CRITÉRIOS*
III GERES	PALMARES	2428393	HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR SILVIO MAGALHAES (1 P/A, zero PC)	PUBLICA		ESTADUAL	1	NÃO ATENDE CRITÉRIOS*
VII GERES	SALGUEIRO	2356287	HOSPITAL REGIONAL INACIO DE SA (1655 P/A, 57% PC)	PUBLICA		ESTADUAL	1	AP
X GERES	AFOGADOS INGAZEIRA	2428385	HOSPITAL REGIONAL EMILIA CAMARA (577 P/A, 54% PC)	ADM DIRETA SAUDE (SES)		ESTADUAL	1	NÃO ATENDE CRITÉRIOS**
XI GERES	SERRA TALHADA	2348489	HOSPITAL PROF AGAMENON MAGALHAES (664 P/A, 50% PC)	ADM DIRETA SAUDE		ESTADUAL	1	NÃO ATENDE CRITÉRIOS**

3. Propostas para CGBP

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	INFORMAÇÕES GERAIS				CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA	
			ESTABELECIMENTO	ESFERA ADM	TIPO DE GESTÃO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	SOLICITADA PA	APROVADA ATSM
II GERES	LIMOEIRO	2713032	HOSPITAL REGIONAL JOSE FERNANDES SALSA (1049 P/A, 51% PC)	ADM DIRETA SAUDE		ESTADUAL	1	NÃO ATENDE CRITÉRIOS
VII GERES	SALGUEIRO	2356287	HOSPITAL REGIONAL INACIO DE SA (1655 P/A, 57% PC)	PUBLICA		ESTADUAL	1	NÃO ATENDE CRITÉRIOS
X GERES	AFOGADOS DA INGAZEIRA	2428385	HOSPITAL REGIONAL EMILIA CAMARA (577 P/A, 54% PC)	ADM DIRETA SAUDE (SES)		ESTADUAL	1	NÃO ATENDE CRITÉRIOS
XI GERES	SERRA TALHADA	2348489	HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - HOSPAM (664 P/A, 50% PC)	ADM DIRETA SAUDE		ESTADUAL	1	NÃO ATENDE CRITÉRIOS
XII GERES	GOIANA	2711885	HOSPITAL BELARMINO CORREIA (445 P/A, 16% PC)	ADM DIRETA SAUDE		ESTADUAL	1	NÃO ATENDE CRITÉRIOS

Obs.: As propostas qualificadas "não atende critérios" correspondem a serviços que não dispõem de habilitação para atendimento em alto risco obstétrico. De acordo com Portaria nº 650/SAS, de 05/outubro/2011, as Casas de Gestante, Bebê e Puérpera devem figurar vinculadas aos hospitais/maternidades habilitados no atendimento do alto risco obstétrico secundário/terciário.

ANEXO G – ANUÊNCIA DA II REGIONAL DE SAÚDE PARA USO DE BANCO DE DADOS DO SINASC E DO SIM



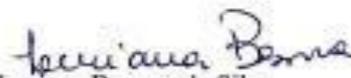
Secretaria Estadual de Saúde
II Gerência Regional de Saúde

CARTA DE ANUÊNCIA

Venho através desse documento, manifestar a anuência da Segunda Regional de Saúde do estado de Pernambuco (2ª Geres PE) para o uso do banco de dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) da referida GERES, para fins acadêmicos da pesquisadora Isabel Helena de Souza Leal Costa, mestranda no curso de Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães – Fiocruz/PE, cuja dissertação: “ADESÃO AO MODELO DE ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO POR UM HOSPITAL PÚBLICO DE PERNAMBUCO” objetiva analisar o processo de adesão do Hospital Regional José Fernandes Salsa ao Modelo Humanizado de Assistência ao Parto (MAHP).

Para tanto, autorizo o acesso ao banco de dados do SINASC referente aos partos ocorridos no estabelecimento de saúde: Hospital José Fernandes Salsa com as seguintes variáveis: TIPO DE PARTO; ANO E MÊS DE OCORRÊNCIA DE 2014 A 2019.

Atenciosamente,


Luciana Bezerra da Silva

GERENTE REGIONAL
Luciana Bezerra da Silva
Gerente da II Regional de Saúde
Mat. 279.622-8

II GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE
Rua Padre Nicolau Pimentel, S/N, José Fernandes Salsa, Limoeiro – PE.
Fone: (81) 3628-8843 E-mail: 2regionaldesaude@gmail.com

 IIgeresLimoeiro
 IIgeres_Limoeiro

ANEXO H – ANUÊNCIA DO HRJFS PARA PESQUISA EM CAMP



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL JOSÉ FERNANDES SALSA

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Isabel Helena de Souza Leal Costa**, aluna do curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães - FIOCRUZ-PE, a desenvolver no Hospital Regional José Fernandes Salsa a pesquisa intitulada **Adesão ao Modelo de Atenção Humanizada ao Parto por um Hospital Público de Pernambuco**, vinculada ao Macro-projeto Redes Assistenciais Integradas e sustentáveis: Teoria Prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS), pertencente ao grupo de estudos Governança e Sistemas e Serviços de Saúde (GSS) do IAM/FIOCRUZ-PE, sob orientação do professor Garibaldi Dantas Gurgel Júnior,

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde;
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para o Hospital Regional José Fernandes Salsa decorrente da participação na pesquisa;

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Limoeiro, 24 de outubro de 2019.

Atenciosamente,

Severino Aguiar de Lima
Severino Aguiar de Lima

Gestor do Hospital Regional de Limoeiro - José Fernandes Salsa

HRL - HOSPITAL REGIONAL JOSÉ FERNANDES SALSA
Rua: Padre Nicolau Rimental, 224, José Fernandes Salsa,
Limoeiro - PE - CEP: 55.700-000 Fones: (81) 3629-8800 - 3628.8801
E-mail: hospitallimoeiro@yahoo.com.br

ANEXO I - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

05/12/2017

Plataforma Brasil

Saúde

[Esqueceu a senha?](#)
[Cadastre-se](#)
[v3.2](#)

Você está em: Público > Buscar Pesquisas Aprovadas > Detalhar Projeto de Pesquisa

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

— DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título Público: REDES ASSISTENCIAIS INTEGRADAS E SUSTENTÁVEIS: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS).
 Pesquisador Responsável: GARIBALDI DANTAS GURGEL JUNIOR
 Contato Público: GARIBALDI DANTAS GURGEL JUNIOR
 Condições de saúde ou problemas estudados:
 Descritores CID - Gerais:
 Descritores CID - Específicos:
 Descritores CID - da Intervenção:
 Data de Aprovação Ética do CEP/CONEP: 14/08/2016



— DADOS DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Nome da Instituição: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 Cidade: RECIFE

— DADOS DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Comitê de Ética Responsável: 5190 - FIOCRUZ/ CPqAM - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
 Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
 Telefone: (81)2101-2639
 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

— CENTRO(S) PARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA

— CENTRO(S) COPARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA

[Voltar](#)

Este sistema foi desenvolvido para os navegadores Internet Explorer (versão 7 ou superior),
ou Mozilla Firefox (versão 9 ou superior).

ANEXO J – PARECER CAEE AGGEU MAGALHÃES

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a pesquisa intitulada: **Adesão ao Modelo de Atenção Humanizada ao Parto por um Hospital Público de Pernambuco**, conduzida pela pesquisadora **Isabel Helena de Souza Leal Costa**, aluna do curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública IAM/FIOCRUZ-PE, está vinculada ao Macro-projeto: Redes Assistenciais integradas e sustentáveis: teoria prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS), de CAEE nº 50906915.0.0000.5190/2016, pertencente ao grupo de Estudos Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GSS) do Instituto Aggeu Magalhães - FIOCRUZ/PE, sob coordenação do professor Garibaldi Dantas Gurgel Júnior.

Recife, 26 de junho de 2019.

Garibaldi Dantas Gurgel Júnior

COORDENADOR DO MACRO-PROJETO