



Sistematização integral e humanizada à parturiente e ao RN no ALCON do Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues em Buriticupu-MA

Clara Claryannah de Souza Martins¹

RESUMO: A gestação é um fenômeno fisiológico da vida reprodutiva da mulher e envolve importantes alterações físicas, metabólicas e emocionais. Durante toda gestação, parto e pós-parto as mulheres devem ser criteriosamente acompanhadas pela Enfermagem Obstétrica, no intuito da minimização das causas de mortalidade materna. A Assistência ao Parto de Risco Habitual é assistido pela Enfermagem Obstétrica integralmente dentro do Centro de Parto Normal Peri Hospitalar Maria de Nazaré Rodrigues – Buriticupu/MA, no entanto a falta da sistematização desses cuidados tem deixado alguns pontos insatisfatórios para uma assistência eficiente; contudo, se faz necessário a aplicabilidade do mesmo de maneira holística; em um conjunto de atividades e fazeres que se aplica ao binômio com a finalidade de obter o melhor estado de saúde para estes. Lembrando que, uma assistência sistematizada e acompanhada tornará a parturiente e RN o retorno precoce para seu lar e sem nenhuma intercorrência. Considerando a importância de garantir a todas as mulheres o acesso à informação, a atenção qualificada, segura e humanizada. Ressaltando ainda que as prioridades de ações na assistência à saúde tenham por objetivo a redução das mortalidades maternas, fetal e infantil em consequência de uma assistência obstétrica, resolutiva, competente e humanizada.

Palavras chave: Gestante. Parto de Risco Habitual. Enfermagem Obstétrica.

1 Introdução

1.1 Redes de serviços de saúde

Na Atenção a Média Complexidade o município de Buriticupu (67.379 hab) aderiu a composição das Redes Assistenciais que funcionará como referência para o município de Bom Jesus das Selvas (29.373 hab) o que proporciona a ampliação assistencial do Hospital Municipal Pedro Neiva de Santana com a implantação do Centro de Parto Normal – REDE CEGONHA -, ampliação do Setor de Urgência e Emergência com a conclusão da Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h – Porte I – REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - e adequação de enfermarias para internações psiquiátricas – REDE DE ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL. Como instrumento de Gestão e Planejamento, anualmente, é elaborado a PAS e o Relatório Anual de Gestão que é apreciado pelo Conselho Municipal de Saúde.



O Pacto pela Saúde define regiões de saúde como espaços territoriais complexos, organizados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território.

Nesta perspectiva, o Plano de Ação Regionais da Rede Cegonha da CIR-AÇAILÂNDIA do estado do Maranhão segue o desenho de 1 (uma) microrregião definida pelo Plano Diretor de Regionalização-PDR /2008. O Plano Regional da Rede Cegonha da CIR - AÇAILÂNDIA considera como sua área de abrangência os municípios que compõem a Microrregião de Saúde de Açailândia.

A região da CIR - AÇAILÂNDIA foi instituída pelo estado através de Resolução CIB Nº44/2011. A microrregião Açailândia engloba 08 municípios que totalizam uma população de 273.999 habitantes, o que representa 4,12% do total da população do Estado do Maranhão. A distribuição da população por municípios está demonstrada no quadro a seguir:

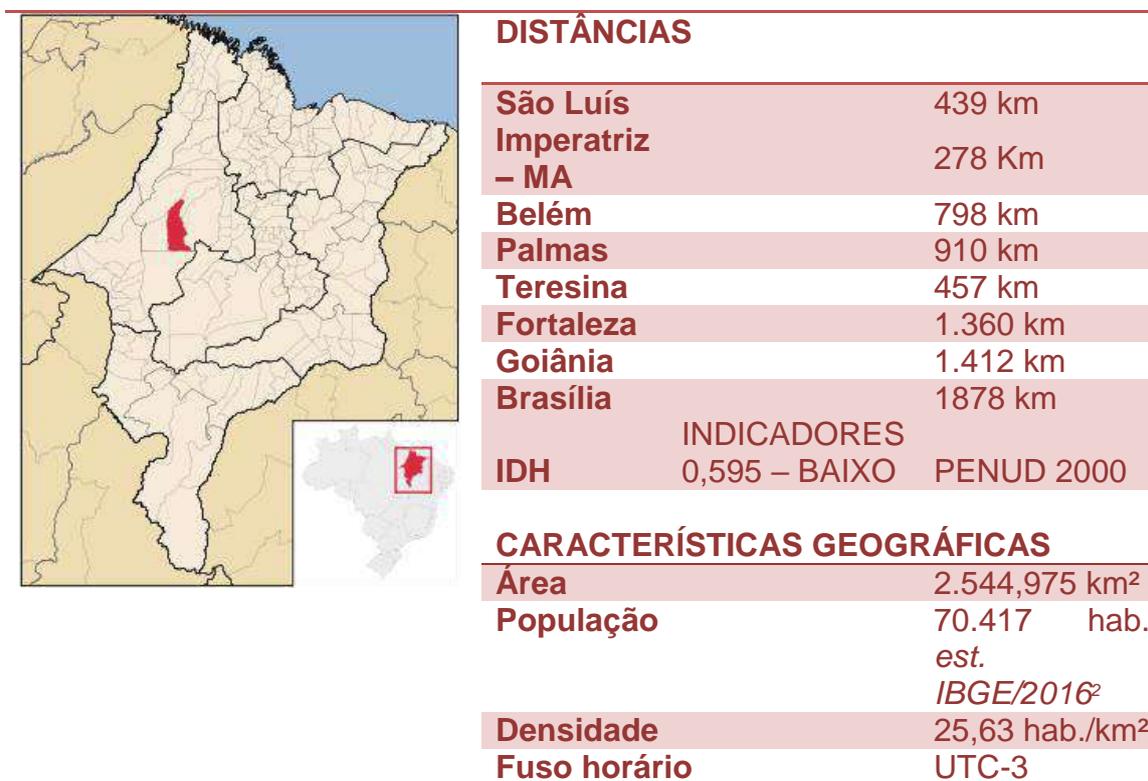
QUADRO 01: POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA CIR-AÇAILÂNDIA

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
Açailândia	105.254
Buriticupu	66.325
Bom Jesus das Selvas	29.373
Cidelândia	13.824
Itinga do Maranhão	24.996
São Francisco do Brejão	10.507
São Pedro da Água Branca	12.113
Vila Nova dos Martírios	11.607
TOTAL	273.999

Quanto à organização do Sistema de Saúde, apenas os municípios de Açailândia e Buriticupu, detém a Gestão Plena do Sistema de Saúde. Administrativamente, todos os 08 municípios estão sob a área de abrangência da 2ª Diretoria Regional de Saúde – Dires.



Figura 1- Localização Geográfica de Buriticupu



O município de Buriticupu, por sua posição geográfica situada no oeste do estado do Maranhão e próximo ao estado do Pará, Tocantins e Piauí, adquiriu uma cultura mesclada por tradições, nordestina e nortistas.

2 Desenvolvimento

2.1 Identificações, explicação e análise do problema

A atenção ao parto normal está embasada em dois pontos de vista. A primeira, marcada pelo processo intervencionista, apoiando-se no enfoque de risco e, uma segunda, seguindo um modelo mais humano, onde o corpo é observado de maneira holística. O primeiro modelo se adapta aos médicos com métodos invasivos e o segundo, mais afeito às enfermeiras que atuam de forma mais humana (SANTOS; OKAZAKI, 2012).

Em duas revisões da Cochrane, as mulheres que receberam cuidados contínuos por enfermeiras parteiras, tiveram efeitos benéficos incluindo menor número de internações pré-natais e menor uso de medicamentos para a dor; estas pacientes estavam satisfeitas



com os cuidados da parteira/clínica geral quando comparados aos cuidados conduzidos pelo obstetra (BAXLEY et al, 2000-2001).

No Brasil, a atenção à mulher na gestação, parto e puerpério permanece como um desafio para a assistência, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrada em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrata (LEF JR., 1997).

A gestação deve ser encarada como uma experiência de vida saudável com mudanças e desenvolvimento fetal. É fenômeno fisiológico e, por isso, na maioria dos casos, evolui sem maiores complicações. Essas mudanças envolvem a mulher grávida e as pessoas envolvidas com ela (BRASIL, 2006).

As transformações ocorridas durante a gravidez podem gerar medo, incertezas, angústia, curiosidade em saber o que acontece com o próprio corpo. A capacidade reprodutiva inerente à mulher é um processo fisiológico, que engloba mudanças físicas e emocionais, é também uma etapa familiar complexa, uma vez que, coexiste com as expectativas, planos e projetos desenvolvidos pela família (BRASIL, 2006).

A partir desta visível necessidade de mudança na atenção ao parto, em 1980, iniciou-se um movimento organizado para priorizar as tecnologias apropriadas na assistência à parturiente e a sua qualidade no Brasil, este movimento recebeu a denominação de humanização do parto (OMS, 1996).

A Política Nacional de Humanização (PNH) criado em 2003, tem o intuito de garantir a efetivação dos direitos do Sistema Único de Saúde. Compondo, articulando e agenciando experiências junto ao SUS, destacando experiências de apoio a humanização do parto e nascimento que serviu de baliza para a concepção de trabalho que temos hoje denominado: Rede Cegonha (RC) lançado em Portaria Ministerial em 2011 pelo governo do Presidente Luís Inácio da Silva.

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, sob Portaria GM/MS n. 1459 de 24 de junho de 2011, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha. Assegurar e estimular a presença do acompanhante de ambos os sexos durante o trabalho de parto e pós-parto, conforme Lei Federal nº 11.008/05 e Lei Estadual nº 9.852/06.



O Município de Buriticupu/MA foi o primeiro Projeto a ser Protocolado da Região Nordeste para aquisição do Centro de Parto Normal, em 30 de dezembro de 2013, junto ao Ministério da Saúde. A inauguração deste Centro de Parto Normal (CPN) Maria de Nazaré Rodrigues, aconteceu em 01 de julho de 2016. O qual oferta e preconiza à Política de Humanização ao Parto e Nascimento para estes clientes; obedecendo a RDC N° 36, DE 3 DE JUNHO DE 2008 e a Portaria n° 11, DE 7 DE JANEIRO DE 2015.

No período compreendido entre maio de 2016 à dezembro de 2016, houve 911 partos ocorridos no Centro de Parto Normal, dentre estes 692 foram partos vaginais, alcançando uma porcentagem de 76% de partos normais e 24% de cesarianas; todos esses partos, tiveram assistência da Enfermagem Obstétrica diretamente.

Em contrapartida nesse mesmo ano, no ano de 2016 obteve um total de 1366 nascimentos e 04 mortes materna, elevando o percentual de 292,8% a taxa de mortalidade materna. O Estado do Maranhão como um todo mantém altas taxas de mortalidade materna.

Morte materna, segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), é a "morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais". O cálculo direto da taxa, a partir de dados derivados de sistemas de registro contínuo, pode exigir correções da subenumeração de mortes maternas e de nascidos vivos, especialmente nas regiões Norte e Nordeste (BRASIL,2017).

Como Enfermeira Obstetra e Neonatologista, incluída na escala de Plantão da equipe do Centro de Parto Normal Maria de Nazare Rodrigues, percebe-se a importância dessa sistematização de Enfermagem para que a equipe que a compõe, trabalhe de forma simétrica e com protocolos, em se tratando de um serviço novo dentro do município, onde há muitas condutas que não são de conhecimento de todos enfermeiros do quadro de funcionários.

Partindo da necessidade de uma assistência sistematizada e integral para a mulher e ao Recém Nascido sadio, após o nascimento é necessário que permaneçam juntos no Alojamento Conjunto (Alcon) do Centro de Parto Normal (CPN) Maria de Nazaré Rodrigues, durante 24 horas ininterruptas até a alta, fortalecendo o auto cuidado e os cuidados com os recém-nascidos, a partir de atividades de educação em saúde e da



equipe multiprofissional, diminui os riscos de infecção relacionados à assistência em serviços de saúde, possibilita o retorno seguro pós alta.

Para construção de um plano de ação é essencial que este, seja um plano educacional. As evidências científicas sobre as práticas assistenciais que promovam a fisiologia e a normalidade do processo de parto e nascimento, demonstram benefícios à parturiente e ao recém-nascido na assistência ao parto de risco habitual (RH) pela enfermeira obstétrica. No entanto, neste sentido é salutar que toda a equipe compreenda e se sensibilize para a construção do mesmo.

As ações propostas para o seu acompanhamento serão as seguintes: garantia do acompanhante durante a permanência hospitalar, acesso as tecnologias apropriadas de atenção ao parto e nascimento, garantir o direito à liberdade de movimento e de posição durante o trabalho de parto, garantir a condução à assistência ao parto de baixo risco, atenção humanizada ao parto e nascimento, permanência do binômio no Alojamento Conjunto durante 24 horas, por dia até alta hospitalar, garantir assistência imediata à mulher e ao recém-nascido nas intercorrências obstétricas e neonatais, garantir o relatório de ata e orientações pós alta, garantir rotinas que favoreçam a proteção do período sensível, o contato pele a pele bem como o clameamento oportuno.

Serão organizados grupos educativos e de sensibilização para os profissionais, orientando-os, como será essa sistematização, envolvendo a equipe multiprofissional como parte inerente para a eficácia desse projeto de intervenção, criando protocolo orientando a linha de cuidado materno e infantil e protocolos assistenciais, assegurando as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento.

O encontro aconteceu semanalmente em um período de 01 (hum) mês, para que toda a equipe fosse contemplada durante suas atividades, no dia que estiveram de plantão. Ocorreu também uma programação previamente com a melhor forma de incluir e informar o máximo de profissionais possível. Para a sistematização do atendimento será criado os outros protocolos de cuidados para parturiente e recém-nascido.

Considerações finais

Como visto e comprovado em evidências científicas quanto as boas práticas para o parto normal, é importante para um trabalho de parto onde a parturiente esteja empoderada do seu papel com ator principal para o parto e não como outrora apenas



coadjuvante da cena. Essa humanização ao parto e nascimento, possibilita desde o retorno precoce e sem intercorrências para o seu lar como a redução da taxa de mortalidade materna e infantil que o estado do Maranhão necessita reduzir consideravelmente.

A partir da Sistematização da Assistência, das orientações e capacitação da equipe técnica que faz parte do quadro de funcionários do Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues, outro ponto importante é o incentivo ao AME e precoce para os bebês e nos engajando para tornarmos futuramente em um Hospital Amigo da Criança.

Através do Plano de Ação, espera-se de fato, que todos os profissionais estejam prestando uma assistência sistematizada e não esquecendo que como principal alvo será a redução das taxa de mortalidade materna onde no Maranhão o índice está maior do que a própria média nacional e infelizmente, são mortes por causas evitáveis.

Referências

1. AGUIAR, Isaias Neres. Buriticupu: sua história, geografia e características gerais – do antigo Projeto de Colonização ao progressista município maranhense. São Luís: Gráfica e Editora Tauá, 2005.
2. BAXLEY, Elizabeth et al. Advanced lifeSupport in Obstetries Advisory Board. 2000-2001. Disponível em: <http://www.also.com.br/>. Acesso em: 26 maio.17.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO Nº466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 14 de maio de 2017.
4. _____. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Materna Infantil. Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher. Assistência Pré-natal: Manual Técnico. 3 ed. Brasília, 2006.
5. _____. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
6. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores(as) e trabalhadores(as) do SUS. 4. ed. Brasília, 2008.
7. PESSATTI, M. P. A intercessão arquitetura e saúde: quando o problema é a falta de espaço, qual é o espaço que falta? 2008. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campina, São Paulo, 2008.



8. Portaria GM/MS Nº 1459 DE 24 DE JUNHO DE 2011.
9. Portaria GM/MS Nº 2.068, de 21 DE OUTUBRO DE 2016.
10. PORTARIA Nº 11, DE 7 DE JUNHO DE 2015, Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN)
11. Resolução Nº 36 de 03 de junho de 2008, Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.