



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

NÁDIA DE SOUZA PONTES

**AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DA REDE CEGONHA EM UM
HOSPITAL TERCIÁRIO DE REFERÊNCIA EM OBSTETRÍCIA DE FORTALEZA**

FORTALEZA

2018

NÁDIA DE SOUZA PONTES

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DA REDE CEGONHA EM UM HOSPITAL
TERCIÁRIO DE REFERÊNCIA EM OBSTETRÍCIA DE FORTALEZA

Monografia de graduação apresentada ao Programa de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Dr^a Camila Teixeira Moreira Vasconcelos

Coorientadora: Mestranda Lia Gomes Lopes

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

P859a Pontes, Nádia de Souza.

Avaliação dos indicadores da Rede Cegonha em um hospital terciário de referência em obstetrícia de Fortaleza / Nádia de Souza Pontes. – 2018.
34 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2018.

Orientação: Profa. Dra. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos.

Coorientação: Profa. Lia Gomes Lopes.

1. Obstetrícia. 2. Rede Cegonha. 3. Boas Práticas. I. Título.

CDD 610.73

NÁDIA DE SOUZA PONTES

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DA REDE CEGONHA EM UM HOSPITAL
TERCIÁRIO DE REFERÊNCIA EM OBSTETRÍCIA DE FORTALEZA

Monografia de Graduação apresentada ao Programa de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Dr^a Camila Teixeira Moreira Vasconcelos

Coorientadora: Mestranda Lia Gomes Lopes

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dr^a Camila Teixeira Moreira Vasconcelos (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Enfa. Mestranda Gabriela Lima Ribeiro
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Enfa. Mestranda Lia Gomes Lopes
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, pela força e coragem a mim concedidas para que pudesse concluir este ciclo tão importante em minha vida.

Aos meus pais Natália de Souza Pontes e Francisco Albuquerque Pontes, pelo apoio e dedicação para que eu pudesse chegar até esta etapa, a qual não teria conseguido se não fosse pela ajuda deles. Aos meus irmãos Afonso e Nayanna, os quais da forma que puderam também serviram como base e motivação.

Aos meus amigos de turma Carla, Ricardo, Thaissa e Viviane, por compartilharem comigo os momentos de angústias e também as alegrias, sempre motivando para que não pudesse desistir e tornando mais leve esta caminhada, sendo parte fundamental nesta conquista.

À minha orientadora, Professora Dr^a Camila Teixeira Moreira Vasconcelos, pela confiança depositada para que pudesse tornar esta pesquisa possível. Você tornou -se para mim um modelo de profissional a ser seguido com toda sua dedicação e conhecimento. À co-orientadora Lia Gomes Lopes, que foi uma orientadora excepcional por toda disposição, serenidade e principalmente pela motivação a cada orientação.

Agradeço também a Enfermeira Fátima, da sala de parto do Hospital Geral de Fortaleza, uma grande profissional com quem tive poucos momentos a compartilhar, no entanto foram suficientes para compreender a importância do enfermeiro obstetra na humanização do parto e nascimento.

A todos aqui citados, obrigada por contribuírem direta ou indiretamente na realização deste trabalho. Meus mais sinceros agradecimentos!

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo avaliar as taxas de boas práticas no componente parto e nascimento preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), através dos indicadores da Rede Cegonha, executadas pelo Hospital Geral de Fortaleza, que é um hospital terciário da rede estadual referência em atendimento ginecológico e obstétrico localizado em Fortaleza/CE. Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, com abordagem quantitativa, realizado no Centro Obstétrico do Hospital Geral de Fortaleza. A amostra foi composta pelos formulários FormSUS, preenchidos com dados coletados através das Fichas de Monitoramento da Atenção ao Parto e Nascimento utilizadas na instituição de todas as mulheres internadas no período de junho de 2013 a março de 2015 e que evoluíram para o parto natural ou cesáreo. Após realizada a coleta, os dados foram analisados durante o período de dezembro de 2017 a junho de 2018. Conforme resultados encontrados, observou-se que na instituição pesquisada, de forma geral, ocorreu um aumento da taxa dos indicadores preconizados pela rede cegonha para as boas práticas no componente parto e nascimento, como o uso de métodos não - farmacológicos para alívio da dor, o contato pele a pele do recém-nascido com a mãe e a amamentação na primeira hora após o nascimento. No entanto, ainda há uma dificuldade na execução de alguns indicadores, especialmente em relação a baixa taxa de partos realizados por enfermeiros obstetras e ao aumento do uso da ocitocina desde a implementação da rede cegonha no hospital pesquisado. No geral, a Instituição atendeu ao que é preconizado pela Rede Cegonha, uma vez que houve aumento das boas práticas na assistência ao parto e nascimento, ainda que este aumento tenha ocorrido de forma sutil.

Palavras-chave: Obstetrícia. Rede Cegonha. Boas Práticas.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the rates of good practices in the parturition and birth component advocated by the Ministry of Health (MS), through the 'Rede Cegonha' indicators, performed by the General Hospital of Fortaleza (HGF), which is tertiary Hospital of the State network referral in gynecological and obstetrics care located in Fortaleza/CE. This is an observational cross - sectional study, with a quantitative approach, performed at the obstetrical center of the General Hospital of Fortaleza. The sample was composed of the FormSUS forms filled with data collected through the 'Ficha de Monitoramento de Atenção ao Parto e Nascimento' used in the institution of all women hospitalized from June 2013 to March 2015 and who progressed to natural or cesarean parturition. After the collection, the data was analyzed during the period from December 2017 to June 2018. According to the results, it was observed that, in general, there was an increase in the rate of the indicators recommended by the 'Rede Cegonha' for the good practices in the parturition and birth component, for example, the use of non-pharmacological methods for pain relief, skin to skin contact of the newborn with the mother and breast feeding in the first hour of the birth. However, there is still a difficulty in the execution of some indicators, specially in relation to the low rate in the parturitions performed by obstetrician nurses and the increase of the oxytocin since the implementation of the 'Rede Cegonha' in the Hospital. In general, the institution met what is recommended by the 'Rede Cegonha' there was an increase in the good practices in the care of parturition and birth, although this increase occurred subtly.

Keywords: Obstetrics. Rede Cegonha. Good Practices.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Taxas dos indicadores da Rede Cegonha nos períodos avaliados no HGF..22

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
MNF	Métodos Não - Farmacológicos
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
RC	Rede Cegonha
SUS	Sistema Único de Saúde
TP	Trabalho de Parto

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS.....	14
2.1	Objetivo Geral.....	14
2.1.1	Objetivo específico.....	14
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
4	METODOLOGIA.....	18
4.1	Tipo de estudo.....	18
4.2	Local de estudo.....	18
4.3	População.....	18
4.4	Coleta de dados.....	18
4.4.1	Procedimentos para a coleta de dados.....	18
4.5	Análise dos dados.....	19
4.6	Aspectos éticos.....	19
5	RESULTADOS.....	20
6	DISCUSSÃO.....	23
7	CONCLUSÃO.....	26
8	REFERÊNCIAS.....	27
9	ANEXOS.....	29
	ANEXO 1- FICHA DE MONITORAMENTO DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO.....	29
	ANEXO 2 – PARECER CEP – UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ...	31
	ANEXO 3 – PARECER CEP – HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA.....	34

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde da mulher foi inserida às políticas nacionais de saúde no início do século XX, sendo limitada à gravidez e ao parto, o que demonstrava uma visão restrita sobre a mulher, enfatizando seu papel social de mãe. Em 1984 o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incluía ações educativas, preventivas, de diagnósticos e tratamento, oferecendo assistência na ginecologia, pré-natal, parto e nascimento, puerpério, climatério, além de outras necessidades identificadas, sendo um marco para atenção integral à saúde da mulher no país. (BRASIL, 2004). Posteriormente, foram criadas outras políticas de saúde femininas, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, lançada em 2004 pelo MS, sendo nesse mesmo ano criado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. No ano de 2008 surgiu a Política Nacional pelo Parto Natural e Contra Cesáreas Desnecessárias em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), incentivando o parto normal e buscando reduzir o número de cesáreas desnecessárias (BRASIL, 2014).

O programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal surgiram para direcionar diversas ações de saúde para estes segmentos populacionais de forma mais sistemática no Sistema Único de Saúde (SUS) como parte dos esforços intergovernamentais para reduzir os indicadores de morbimortalidade materno e infantil no País (CAVALCANTI et al., 2013).

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha por meio da portaria 1.459, sendo este programa um pacote de ações que visa garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado a todas as mulheres, uma vez que os indicadores da mortalidade materna e infantil no Brasil ainda são elevados, principalmente em comparação com os países desenvolvidos, e que ainda há a necessidade de adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura, qualidade e acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal. Dessa forma, a iniciativa busca oferecer assistência desde o planejamento familiar até os dois anos de vida da criança, assegurando à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, assim como à criança o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2013).

A Rede Cegonha tem como princípios norteadores: o respeito à proteção e a realização dos direitos humanos, respeito à diversidade cultural, étnica e racial, a promoção da equidade, o enfoque de gênero, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes, participação e mobilização social, além da compatibilização com as atividades da rede de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos estados (BRASIL, 2011).

No que se refere à organização da rede cegonha, esta deve estar estruturada de forma que possibilite o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para população de determinado território, com a articulação de diversos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde em consonância com a portaria 4.279/GM/MS de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A rede deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional respeitando-se critérios epidemiológicos, como taxa de mortalidade infantil, razões de mortalidade materna e densidade populacional. A rede está estruturada a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança, além de sistema logístico que se refere ao transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2013).

No componente parto e nascimento a diretriz da Rede Cegonha preconiza a garantia de boas práticas e segurança na assistência, com suficiência de leitos obstétricos e neonatais de acordo com as necessidades regionais, realização do acolhimento com classificação de risco, garantia do direito a acompanhante durante o acolhimento e trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, em conformidade com a lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005 (BRASIL, 2011).

Para monitoramento, qualificação e certificação da Rede Cegonha, o Ministério da Saúde (MS) faz uso dos seguintes indicadores estratégicos, os quais se encontram no Art. 8º da Portaria nº1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011: a adesão e diagnóstico, o desenho regional da Rede Cegonha, a contratualização dos pontos de atenção, qualificação dos componentes e certificação (BRASIL, 2011).

Além disso, a rede é financiada com recursos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, cabendo à União por meio do Ministério da Saúde, financiamento de recursos para a construção, ampliação e reforma de centros de parto normal, casa da gestante, bebê e puérpera, bem como para a ambiência e compra de equipamentos e

materiais para esses serviços, além de ampliação dos leitos de UTI neonatal e UTI adulto, sendo ainda compromisso do Ministério da Saúde o aporte de recursos de 100% de custeio para centros de partos normais, 100% de custeio para o leito canguru, 80% de custeio para ampliação e qualificação dos leitos (UTI adulto e neonatal e UCI neonatal) e ainda 80% do custeio para ampliação e qualificação dos leitos para gestantes de alto risco. Todos esses investimentos são realizados mediante repasse fundo a fundo de recursos que são incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo ser repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas (BRASIL, 2011).

Para definir seu campo de atuação prioritário, a RC parte do pressuposto de que as morbimortalidades maternas e infantis permanecem elevadas e são eventos complexos, e portanto, multifatoriais, tais questões permanecem um desafio para o país, prevalecendo uma intensa medicalização, a realização de cesáreas desnecessárias e uso de intervenções que podem ser dispensadas. (CAVALCANTI et al., 2013).

Nesse sentido, a RC corrobora com as boas práticas obstétricas definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que descreveu em 1996 uma classificação de boas práticas ao parto normal, orientando quanto as condutas que devem ou não ser realizadas durante o parto (WHO, 1996). Tal classificação, baseada em evidências científicas concluídas por pesquisas feitas no mundo inteiro divide-se em quatro categorias:

A) Práticas demonstrativamente úteis que devem ser incentivadas, como o respeito ao direito da mulher à privacidade do local do parto, a oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto e o monitoramento fetal por meio da ausculta intermitente.

B) Práticas claramente prejudiciais e ineficazes que devem ser eliminadas, como o uso rotineiro de enema, tricotomia, infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto, esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo período do trabalho de parto.

C) Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até a comprovação científica, como amniotomia de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto, pressão do fundo durante o trabalho de parto e clampeamento precoce do cordão umbilical.

D) Práticas frequentemente usadas de modo inadequado, dentre estas estão restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto, controle da dor por analgesia peridural e cateterização da bexiga.

Essas práticas para atenção ao parto normal publicadas pela OMS representou um marco na promoção do nascimento saudável e surgiram visando a diminuição da morbimortalidade materna e neonatal. Embora haja grande disseminação dessas práticas, ainda ocorre uma hipermedicalização no parto, sendo um dos maiores problemas de saúde materna no Brasil e ainda persistem intervenções desnecessárias. Dessa forma, é de grande relevância para o país a adesão a essas boas práticas, uma vez que ainda é predominante o modelo tecnocrático, com o uso de tecnologias duras em oposição às relações humanas. A incorporação das boas práticas de atenção ao parto definidas pela OMS, visando intervenções desnecessárias são reforçadas por meio da Rede Cegonha (CARVALHO et al., 2015).

Desde o ano de 2013, a Rede Cegonha foi implementada no Hospital Geral de Fortaleza, que é um hospital terciário da rede pública de saúde do Governo do Ceará, referência em atendimento ginecológico e obstétrico, sendo administrada na Instituição por três colegiados: gestor, obstétrico e neonatal, buscando a integração de vários setores que lidam com o público de mulheres gestantes (CEARÁ, 2013).

Na ocasião da implementação da RC na instituição, intensificaram-se ações estratégicas que incluem o parto humanizado, acolhimento com classificação de risco, monitoramento dos indicadores, formação de parcerias com a rede básica de atenção à saúde, entre outras (CEARÁ, 2013). A implantação da RC é justificada pela relevância para a consolidação de mudança no modelo de atenção ao parto e nascimento predominante no Brasil (SANTOS, 2013). Dessa forma, este estudo propõe-se a investigar a taxa de boas práticas ao parto e nascimento implementadas na instituição avaliando o impacto da Rede Cegonha, sendo relevante para nortear a prática profissional apontando os indicadores que necessitam de maior atenção na promoção do parto humanizado.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar as taxas de boas práticas obstétricas em um hospital terciário de Fortaleza.

2.2. Objetivo Específico

Investigar as boas práticas obstétricas implementadas na instituição para promoção do parto humanizado.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Conforme divulgação do Ministério da Saúde através da Política Nacional de Humanização (PNH) - HumanizaSus no que diz respeito à humanização do parto, diversas práticas são consideradas relevantes para a assistência adequada antes, durante e após o nascimento, como exemplo, podemos citar o apoio físico e emocional contínuo, seja do acompanhante, doula ou outro profissional que participe da assistência, bem como a posição e movimentação da mulher, uma vez que na maioria das maternidades a posição litotômica ainda é frequente. Além disso, a imersão em água, o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, a escolha da posição pela mulher durante o período expulsivo e uma assistência adequada ao recém-nascido são práticas recomendadas durante o trabalho de parto e parto (BRASIL, 2014).

A pesquisa de panorama nacional da situação de parto e nascimento realizada e coordenada pela fundação Oswaldo Cruz, intitulada *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre o Parto e Nascimento*, traz que, dentre as gestantes que tiveram parto vaginal durante a coleta de dados, que foi de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, houve predominância do modelo de atenção medicalizado e a maioria das mulheres foi submetida a intervenções desnecessárias, ficando restrita ao leito, sem estímulo para caminhar e sem se alimentar durante o TP, ocorrendo o uso de ocitocina, episiotomia e manobra de Kristeller, sendo esses procedimentos não recomendados pela OMS como de rotina durante o TP. No total, apenas 5% das mulheres pesquisadas tiveram partos sem intervenções. Em resumo, muitas intervenções desnecessárias e procedimentos dolorosos são realizados, como manobra de Kristeller e episiotomia, além disso, há um elevado uso da ocitocina para antecipar o parto, sobretudo em usuárias do setor público e de menor escolaridade. (LEAL et al., 2014).

Observa-se que, após anos de implantação da Rede Cegonha, que busca a assistência humanizada no parto, ainda persiste esse modelo de assistência tecnocrático hegemônico no País, com elevado uso de tecnologia e intervenções (BRASIL, 2014).

De acordo com investigação realizada em uma unidade de pré- parto/ parto/ pós-parto (PPP) em um hospital de ensino em Mato Grosso, a inserção de enfermeiros obstetras na assistência ao parto contribui para redução de intervenções desnecessárias e

para o aumento das práticas humanizadas que são divulgadas pelo Ministério da Saúde por meio da rede cegonha (MEDEIROS et al., 2016).

De forma semelhante, a partir de um levantamento de estudos e pesquisas acerca destas questões, conclui-se que no Brasil ainda é um desafio a inclusão e valorização desses profissionais capacitados para promover a assistência humanizada ao parto, dessa forma, devendo-se buscar parcerias, fortalecer órgãos de classe, unir esforços, atuar politicamente, atualizar-se continuamente, ser flexível e aceitar inovações (NARCHI et al., 2012).

O Ministério da Saúde traz através da Política Nacional de Humanização (PNH) que uma das grandes falhas da assistência à saúde no Brasil é a ausência de uma integração da equipe multidisciplinar, preponderando os profissionais médicos devendo ser promovida a incorporação de outros sujeitos, como os enfermeiros obstetras com o objetivo de proporcionar uma assistência integral à mulher e à criança no momento do parto (BRASIL, 2014).

Ainda em conformidade com as boas práticas assistenciais no momento do parto, um estudo transversal dos registros da assistência ao parto normal prestada pelas enfermeiras obstétricas em duas maternidades públicas no município do Rio de Janeiro, em 2013, mostrou que a presença de acompanhante no trabalho de parto e parto, os cuidados não farmacológicos, o uso do partograma, a ausculta intermitente dos batimentos cardíofetais, a posição materna não supina no parto e a aplicação de ocitocina intramuscular no pós-parto foram as práticas apropriadas utilizadas pelas enfermeiras obstétricas e que estão de acordo com a Organização Mundial de Saúde. Por outro lado, ainda foram observadas condutas inapropriadas para parturientes saudáveis, como prescrição de dieta zero, ocitocina e cardiotocografia intraparto (GUIDA et al., 2017).

Em relação ao componente parto e nascimento, a Rede Cegonha visa mudar a concepção de parto, nascimento e gravidez, não associando a gravidez como uma ação médica e sim, como um processo natural e que não necessite de intervenções desnecessárias. Nesse sentido, a Rede aposta na humanização, no acolhimento e criação de espaços para favorecer o parto normal e este é um dos maiores desafios da iniciativa. A Rede Cegonha busca organizar o serviço de outra forma, para proporcionar o empoderamento e humanização no parto (BRASIL, 2014).

Quanto ao fenômeno da prática de cirurgias cesáreas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta o Brasil como líder mundial. Desde 1985 a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesáreas seria entre 10% a 15% dos partos em

um país. Em média a taxa de cesárea na Europa é de 20% a 22%. Já nos Estados Unidos, a taxa é de 32,2%. A Colômbia é um país que apresenta elevado número de cesáreas, com cerca de 42%. No Chipre, a taxa chega a 50% (OMS,2015). No entanto, no Brasil mais da metade dos nascimentos são realizados por cesáreas. Em 2016, o índice de cesáreas chegou a 55,5% em oposição a 44,5% de partos vaginais, embora tenha ocorrido a estabilização desses números (BRASIL, 2016).

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de natureza observacional, do tipo transversal, com abordagem quantitativa. Neste tipo de estudo, as mensurações dos fatores de risco e dos desfechos analisados ocorrem em um mesmo momento, sendo possível analisar a frequência e prevalência de um determinado desfecho (HULLEY et al., 2015).

4.2. Local do Estudo

A investigação foi realizada no Centro Obstétrico do Hospital Geral de Fortaleza, um hospital terciário da rede estadual de referência em diversas especialidades e na assistência de alta complexidade, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS). O Centro Obstétrico é dividido em dois: o Centro Obstétrico pré-parto e Centro Obstétrico Cirúrgico, o Cirúrgico possui duas salas cirúrgicas e uma sala de recuperação com três leitos, uma sala de parto vaginal e uma unidade de recepção do recém-nascido. O pré-parto possui oito leitos, onde acontecem os partos vaginais sem distócias.

4.3. População

Foram selecionados os formulários FormSUS, que é um serviço do DATASUS para a criação de formulários na WEB, sendo esses formulários preenchidos com os dados coletados das Fichas de Monitoramento de Atenção ao Parto e Nascimento (ANEXO 1) das mulheres gestantes admitidas na Emergência Obstétrica e no Centro Obstétrico da instituição, excluindo àquelas que não evoluíram para o trabalho de parto.

4.4. Coleta de dados

4.4.1. Procedimentos para a coleta de dados

Foram coletados os dados dos formulários FormSUS, que foram preenchidos através de dados coletados das Fichas de Monitoramento de Atenção ao Parto e Nascimento, dos períodos de junho de 2013 a dezembro de 2013, de janeiro de 2014 a dezembro de 2014 e de janeiro de 2015 a março de 2015. Através desses dados foram avaliados os indicadores da Rede Cegonha no componente parto e nascimento, possibilitando identificar a proporção de boas práticas obstétricas inseridas no hospital.

A Ficha de Monitoramento de Atenção ao Parto e Nascimento tem o propósito de programar os indicadores de qualidade na assistência obstétrica e conta com diversas práticas obstétricas que são apontadas pela Rede Cegonha para garantir a atenção humanizada ao parto. Ela é dividida em 4 componentes, sendo eles: Admissão, Trabalho de parto, Parto e Recém-nascido. No componente Trabalho de parto, investiga-se se ocorreu o preenchimento do partograma, se a gestante deambula, quais os MNFs de alívio da dor foram utilizados, se foi utilizada a ocitocina, se a mulher está em uso de venóclise e em dieta líquida e se a mesma possui acompanhante de livre escolha. No componente Parto, deve ser preenchido o tipo de parto, se foi realizada a monobra de Kristeller, a posição no período expulsivo, se ocorreu laceração perineal ou episiotomia, se houve hemotransfusão, óbito materno ou indicação de cesárea, bem como se ocorreu presença de acompanhante no momento do parto. No componente Recém-nascido, indentifica-se se houve o clampeamento do cordão umbilical no tempo de 1 a 3 minutos, o índice de Apgar no 1º e 5º minutos, peso, idade gestacional, se houve contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida.

4.5. Análise dos dados

Após realizada a coleta, os dados do FormSUS foram analisados por meio do programa Excel e apresentados em tabela, sintetizando os principais pontos a serem discutidos conforme a literatura pertinente. Foi realizada análise estatística descritiva simples para apresentação dos dados de prevalência coletados.

4.6. Aspectos éticos

Este estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, em conformidade com a resolução 466/2012, de 15 de junho de 2015. O projeto foi aprovado sob parecer nº 2.648.429 e CAAE: 88964818.2.0000.50.54 (ANEXO 2).

Para o acesso aos dados dos formulários FormSUS, foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza, em conformidade com a Resolução 466/2012 com o número de parecer de aprovação: 2.674.965 e CAAE: 88964818.2.3001.5040 (ANEXO 3).

5. RESULTADOS

No período entre junho a dezembro de 2013, 7.459 gestantes foram atendidas na instituição. Destas um total de 18,2% (n = 1.360) seguiram internadas. Em relação aos partos realizados durante o período, observou-se que estes corresponderam a um total de 1.129, sendo 33,6% (n = 379) correspondentes a partos vaginais e 66,4% (n = 750) correspondentes a partos cesáreos. Acerca da presença do acompanhante no trabalho de parto, observou-se que 85,8% (n = 968) das mulheres tiveram a presença de acompanhantes e 14,2% (n = 160) não tiveram acompanhantes durante o TP, durante o parto, 11,4% (n = 129) das mulheres contaram com a presença de acompanhante na sala de parto e 88,6% (n = 1000) das mulheres não tiveram acompanhantes. Já no período pós-parto 0,18% (n = 2) das mulheres não possuíam acompanhantes e 99,98% (n = 1.127) tiveram a presença de acompanhantes. Sobre o contato pele a pele com a mãe e amamentação do recém-nascido imediatamente após o parto, 18% (n = 204) tiveram o contato imediato com a mãe e foram amamentadas na primeira hora pós-parto, enquanto que 82% (n = 925) não tiveram este contato imediatamente.

No que diz respeito ao período de janeiro a dezembro de 2014, das 13.277 gestantes atendidas 19,5% (n = 2.592) seguiram com a internação, houve um total de 2.051 partos, dos quais 37,7% (n = 774) partos vaginais e 62,3% (n = 1.277) correspondentes a partos cesáreos. O número de parturientes com venóclise correspondeu a 54,2% (n = 1.111) em oposição a 45,8% (n = 940) que não fizeram uso deste procedimento. A porcentagem de mulheres com partos realizados na posição não litotômica correspondeu a 12,4% (n = 255). O número de mortes maternas correspondeu a 0,6% (n = 13), a taxa de crianças nascidas com o índice de Apgar menor que sete no quinto minuto foi de 7,4% (n = 151).

Entre os meses de julho a dezembro de 2014 houve o registro de outros indicadores que foram acrescentados à Ficha de Monitoramento de Atenção ao Parto e Nascimento por indicação da RC para a instituição, nesse período e houve um total de 1.049 partos, sendo 38,1% (n = 399) partos vaginais e 61,9% (n = 650) partos cesáreos, 7,3% (n = 77) mulheres permaneceram em dieta líquida. Foram preenchidos 23,5% (n = 247) dos partogramas e 3,3% (n = 35) das mulheres fizeram uso da ocitocina. Além disso, 52,6% (n = 552) das gestantes tiveram acompanhante no pré-parto, 47,4% (n = 497) não

tiveram. O total de acompanhantes no parto vaginal correspondeu a 40,8% (n = 163) de 399 partos vaginais realizados, já o de acompanhantes nos partos cesáreos, que foram 650 no total, correspondeu a 40% (n = 163) destes partos.

O valor total de clampeamento tardio do cordão umbilical, de 1 a 3 minutos representou 23,5% (n = 247) do total de partos. Os partos realizados por enfermeiros obstetras corresponderam a 3% (n = 32). Os métodos não farmacológicos de alívio da dor representam um conjunto de ações baseadas em evidências científicas voltadas a humanização do parto e nascimento, reforçando a autonomia da mulher e acompanhante durante o parto, métodos como deambulação, exercícios respiratórios, massoterapia, bola suíça garantem o alívio da dor no TP (GALLO et al., 2011). A taxa de uso desses métodos na instituição equivaleu a 19,6% (n = 206), já a taxa de recém-nascido em contato pele a pele com a mãe logo após o parto foi de 25,5% (n = 268), já a taxa de crianças amamentadas na primeira hora de vida foi de 28% (n = 294).

No ano de 2015, somente foi possível o acesso aos dados referentes ao período de janeiro a março, sendo atendidas 3.407 gestantes. Destas, 98,7% (n = 3364) seguiram internadas, o total de partos realizados foram 535, sendo que 41,5% (n = 222) foram partos vaginais e 58,5% (n = 313) foram partos cesáreos. 2,6% (n = 14) das mulheres permaneceram em dieta líquida, 27,4% (n = 147) dos partogramas foram preenchidos. A taxa do uso de ocitocina correspondeu a 5,2% (n = 28).

Em relação a presença de acompanhantes, 59% (n = 316) das mulheres tiveram acompanhantes durante o pré-parto, 46,4% (n = 103) durante o parto vaginal e 43,8% (n = 137) durante o parto cesáreo. O clampeamento do cordão umbilical no tempo de 1 a 3 minutos ocorreu em 78,1% (n = 418). Os partos realizados por enfermeiro obstetra representaram 3% (n = 16). Acerca dos métodos não farmacológicos para alívio da dor, a taxa de uso desses métodos foi de 22,6% (n = 121). Os partos realizados na posição não litotômica indicaram 25% (n = 134). As mortes maternas no período representaram 0,3% (n = 2), já o índice de Apgar do recém-nascido menor que sete no quinto minuto representou 8,9% (n = 48). A taxa de recém-nascidos que tiveram o contato pele a pele com mãe logo após o nascimento foi de 35,3% (n = 189), já a taxa de aleitamento materno logo na primeira hora após o parto foi de 40,9% (n = 219).

A tabela 1 apresenta uma síntese dos dados de prevalência correspondentes às boas práticas obstétricas realizadas na instituição entre junho de 2013 a março de 2015.

Tabela 1. Taxas dos indicadores da rede cegonha nos períodos avaliados no HGF.

Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.

Indicadores	Jun/2013 a	Jan/2014 a	Jul/2014 a		Jan/2015 a	
	Dez/2013	Dez/2014	Dez/2014		Mar/2015	
Mulheres atendidas	7.459	13.277	-		3.407	
Mulheres Internadas	18,2% (1.360)	19,5% (2.592)	-		98,7% (3.364)	
Partos realizados	1.129	2.051	1.049		535	
Partos vaginais	33,6% (379)	37,7% (774)	38,1% (399)		41,5% (222)	
Partos Cesáreos	66,4% (750)	62,3% (1.277)	61,9% (650)		58,5% (313)	
Dieta Líquida	-	-	-		2,6% (14)	
Acompanhante no Pré-parto	85,8% (968)	-	52,6% (552)		59% (316)	
Acompanhante no parto	11,4% (129)	-	Vaginal	Cesáreo	Vaginal	Cesáreo
			40,8% (163)	40% (163)	46,4% (103)	43,8% (137)
Acompanhante no pós-parto	99,9% (1.127)	-	-		-	
Uso do partograma	-	-	23,5% (247)		27,4% (147)	
Uso de Venóclise	-	54,2% (1.111)	-		-	
Partos na posição não-litotômica	-	12,4% (255)	-		25% (134)	
Partos realizados por enfermeiros obstetras	-	-	3% (32)		3% (16)	
Mortes maternas	-	0,6% (13)	-		0,3% (16)	
Crianças com Apgar < 7 no 5º minuto	-	7,4% (151)	-		8,9% (48)	
Uso de ocitocina	-	-	3,3% (35)		5,2% (28)	
Clampeamento tardio do cordão umbilical	-	-	23,5% (247)		78,1% (418)	
Uso de MNF de alívio da dor	-	-	19,6% (206)		22,6% (121)	
Contato pele a pele	18% (204)	-	25,5% (268)		35,3% (189)	
Crianças amamentadas na primeira hora de vida	18% (204)	-	28% (294)		40,9% (219)	

6. DISCUSSÃO

A implantação da RC está voltada ao sistema público de saúde, que abrange mais de 75% dos partos realizados no país, sendo devidamente implementada no SUS, a RC tem como objetivo modificar o atual panorama de assistência ao parto e impactar nos indicadores obstétricos do Brasil (LEAL et al., 2014). De forma geral, os resultados presentes neste estudo demonstram um aumento nas taxas das práticas demonstrativamente úteis e que devem ser incentivadas, como por exemplo, o uso de métodos não – farmacológicos de alívio da dor que proporcionam conforto à mulher e evitam o uso de substâncias farmacológicas.

Nesse sentido, na instituição pesquisada houve um aumento do uso desses métodos no momento do trabalho de parto em relação ao período de julho a dezembro de 2014 (19,6%) e o período de janeiro de 2015 a março de 2015 (22,6%), o que está de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde através da Rede Cegonha, que preconiza o uso desses métodos não somente como forma de diminuir a dor, mas também como forma de enfrentá-la em melhores condições (SOUZA et al., 2016).

Uma outra prática em que ocorreu um aumento na taxa e que deve ser incentivada na sala de parto é o uso do partograma, que consiste numa tecnologia que auxilia no acompanhamento do trabalho de parto. A OMS, desde 1994, recomenda seu uso para redução de morbidade e mortalidade materna e fetal e para o MS, o partograma é uma forma de acompanhar e avaliar a parturição (VIEIRA et al., 2016). Destaca-se a importância do preenchimento completo e adequado do partograma, uma vez que, anotações inadequadas nesse instrumento podem aumentar a taxa de cesarianas (LAVENDER et al., 2014).

Acerca da presença de acompanhantes, nesse estudo observou-se que a quase totalidade das mulheres permanecem com acompanhantes durante o período de internação no pré-parto e pós-parto, sendo garantido pela instituição o cumprimento da Lei nº 11.108 de 2005 que assegura à parturiente a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005). No entanto, a taxa de acompanhantes durante o parto ainda é baixa, embora tenha ocorrido uma elevação desta taxa nos anos de 2014 e 2015. Já a taxa de acompanhantes em partos cesáreos aumentou de 40% no período de julho a dezembro de 2014 para 43,8% entre janeiro de 2015 a março de 2015. Tais taxas mostram uma mudança, ainda que pequena, nesse indicador preconizado pela

RC, dessa forma, a implementação da rede na instituição causou um impacto positivo nesse sentido.

Em relação a posição da parturiente no momento do parto, sabe-se que a posição litotômica ainda é a mais utilizada no Brasil, sendo que cerca de 90% das mulheres têm seus filhos nessa posição (LEAL et al., 2014). Com a implantação da Rede Cegonha e o estímulo adequado dos profissionais as taxas de partos na posição não-litotômica tendem a aumentar. Observou-se nesta pesquisa, um aumento significativo na taxa de mulheres que pariram nessa posição.

Acerca dos partos realizados por enfermeiro obstetra, na instituição pesquisada ainda é muito baixa a taxa de partos realizados por esses profissionais e não ocorreu dessa taxa mesmo após dois anos de implementação da rede, contrapondo-se com o que é indicado pela RC para as boas práticas de assistência ao parto, o que indica uma dificuldade em relação a efetivação desse indicador na instituição.

A respeito do contato pele a pele e amamentação do recém-nascido na primeira hora de vida, o MS indica que o contato entre mãe e bebê imediatamente após o parto auxilia na adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, controla a temperatura corporal e aumenta o vínculo entre mãe e filho. Já o início precoce da amamentação, garante que o bebê receba o colostro, que é rico em importantes fatores que fortalecem o sistema imunológico e protege contra infecções imediatas e a longo prazo (BRASIL, 2014). Dos indicadores da rede cegonha, estes foram uns dos que mais cresceram desde o surgimento da rede na instituição, indicando a importância dada a tais indicadores para uma melhor assistência ao parto e à saúde da mulher e da criança.

Em relação ao clampeamento tardio do cordão umbilical, o MS e a OMS sugerem que o mesmo ocorra somente após a parada do pulso, o que ocorre por volta dos 3 minutos ou mais após o nascimento, já que enquanto houver pulso há circulação entre o cordão e a placenta. Desta forma, o clampeamento oportuno do cordão traz benefícios importantes para o bebê, como aumento do volume de sangue e prevenção da anemia (BRASIL, 2014). Na instituição em que ocorreu o estudo, o clampeamento tardio do cordão umbilical foi o indicador que teve a maior elevação da taxa, concordando com a literatura que preconiza o aumento desse procedimento e ampliação para todos os recém-nascidos.

Importante destacar que todos esses indicadores citados são práticas demonstrativamente recomendadas e úteis na assistência ao parto e que, ocorrendo o aumento dessas taxas, consequentemente diminuirá a mortalidade materna e neonatal.

Entre as práticas que não devem ser utilizadas continuamente em parturientes saudáveis está o uso da ocitocina, uma vez que não existem benefícios comprovados do uso rotineiro dessa substância (VIEIRA et al., 2016). É possível observar que houve um aumento do uso dessa prática na instituição. A frequência no uso da ocitocina pode estar relacionada ao modelo tecnocrático que ainda domina sobre as práticas dos profissionais, sendo grande parte da assistência intervencionista (SOUSA et al., 2016). Particularmente, acerca da assistência de enfermeiro obstetra no parto, apesar da grande contribuição desse profissional à assistência humanizada e de ser um importante indicador de boas práticas obstétricas, uma pequena taxa de partos é realizada por esses profissionais, o que representa ainda um desafio na mudança do modelo de assistência, de um modelo tecnicista para o modelo sugerido pela Rede Cegonha. Destaca-se que essa mudança somente se dará com um trabalho em conjunto entre os profissionais, os gestores e usuários dos serviços de saúde, inferindo-se que, enquanto houver a prevalência do modelo técnico de assistência, haverá dificuldades nas instituições de implantar modelos assistenciais humanizados.

No hospital avaliado, acerca do setor obstétrico, o perfil das gestantes atendidas também contribui para práticas biomédicas em oposição a um modelo humanizado, uma vez que grande parte das mulheres atendidas na instituição apresentam gestação de alto risco e no momento do TP, sendo avaliados riscos maternos e fetais, passam a utilizar-se de medidas médicas para evitar o óbito da mãe ou do feto, como por exemplo, a antecipação do parto por indução através do uso da ocitocina ou uma indicação de cesariana (BRASIL, 2010).

Um outro aspecto que dificulta a implantação de boas práticas obstétricas na instituição é a estrutura e perfil do hospital, que recebe diariamente um número elevado de gestantes as quais não foram atendidas em outras instituições por falta de vagas. Essas mulheres chegam em TP e passam a ser admitidas no hospital pesquisado, dessa forma o número de internações ultrapassa a quantidade de leitos estabelecidos e sobrecarrega a equipe profissional, que muitas vezes não consegue desempenhar uma atenção integral e individualizada devido o número elevado de gestantes, o que representa um obstáculo na concretização da humanização no momento do parto e nascimento.

7. CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa realizada indicam que, embora tenha aumentado o índice de boas práticas baseadas em evidências científicas que foram destacadas no estudo, como uso de métodos não – farmacológicos para alívio da dor, contato pele a pele, amamentação precoce e clampeamento tardio do cordão umbilical, ainda é deficiente a adesão a algumas dessas práticas, sobretudo no que se refere ao pequeno número de partos realizados por enfermeiro obstetra e a pequena adesão ao uso do partograma, instrumento de grande importância que, após dois anos de implantação da Rede Cegonha na instituição, ainda não tinha sido aderido em todos os partos realizados, conforme recomendação do MS.

Um aspecto observado neste estudo é que dificulta a avaliação do impacto da RC e das taxas de boas práticas no parto na instituição é a ausência de dados suficientes de alguns indicadores, uma vez que não houve registros de todos os indicadores durante todo o período analisado, o que é possível verificar de posse dos resultados desta pesquisa. Essa ausência de dados justifica-se, em parte, devido ao preenchimento do banco de dados ser realizado por outro profissional que não aquele mesmo que preenche a Ficha de Monitoramento de Atenção ao Parto e Nascimento, sendo muitas vezes este outro profissional não atuante na área na saúde, o que culmina em divergências em relação à interpretação dos dados.

De forma geral, apesar das dificuldades enfrentadas pela instituição, observa-se uma mudança de forma sutil nesses indicadores, com aumento de boas práticas durante o parto, o que indica que a Instituição atendeu, em parte, durante o período analisado ao que é proposto pela Rede Cegonha, contribuindo para uma mudança na forma de assistir ao parto e nascimento, passando de um modelo tecnocrático para um modelo humanizado sugerido pela Rede Cegonha.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Lei n 11.108, de 7 de abril de 2005. **Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS**. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 08 abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria nº1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha**. Diário Oficial da União, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**/Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará.–Brasília: Ministério da Saúde,2014.465p.:il.– (Cadernos HumanizaSUS ;v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Pela **primeira vez número de cesarianas não cresce no país**. 10 de março de 2017. Disponível em <<http://u.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/27782-pela-primeira-vez-numero-de-cesarianas-nao-cresce-no-pais>> Acesso em: 22 de Abril de 2018.

CARVALHO, Elisabete Mesquita Peres de et al. **Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, p. 890-898, 2015.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva et al. **Um modelo Lógico da Rede cegonha**. Physis, revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, p. 1297-1316, 2013.

CEARÁ, Governo do Estado do. **Rede cegonha começa a funcionar no HGF**. Ceará, 25 de julho de 2013. Disponível em <<http://www.hgf.ce.gov.br/index.php/noticias/44670-rede-cegonha>>. Acesso em: 14 de Dezembro de 2017.

GALLO, Rubineide Barreto Silva et al. **Recursos não - farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial.** Revista Femina, São Paulo, v. 39, n.1, jan. 2011.

GUIDA, Natasha Faria Barros et al. **Conformidade das práticas assistenciais de enfermagem com as recomendações técnicas para o parto normal.** Revista Rene, Fortaleza, v. 4, n.18, p.543-550, jul. 2017.

HULLEY, Stephen B. et al. **Delineando a pesquisa clínica.** 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2015.

LAVENDER T, Hart A, Smyth R. **Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term.** Cochrane Database Syst Rev [on line]. 2014.

LEAL, Maria do Carmo et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual.** Cad. saúde pública, Rio de Janeiro, 30 Sup: S17-S47, 2014.

MEDEIROS, Renata Marien Knupp et al. **Cuidados humanizados: A inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino.** Revista Brasileira de Enfermagem, Cuiabá, v. 6, n. 69, p. 1091-1098, Nov.2016.

NARCHI, Nádia Zanon et al. **O papel das obstetrizes e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil.** Revista Ciência e saúde coletiva, São Paulo, p. 1059-1068, 2013.

ORGANIZATION, World Health. **Care in normal birth: a practical guide.** OMS,1996.




SANTOS, Gilmara Lucia dos. **Implantação da Rede cegonha nos estados brasileiros: um olhar para o componente do parto.** Escola Nacional de Saúde pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

SOUSA, Ana Maria Magalhães et al. **Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas em Belo Horizonte, Minas Gerais.** Escola Anna Nery, p.224-231, 2016.

VIEIRA, Maraysa Jéssyca de Oliveira et al. **Assistência de Enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto.** Revista eletrônica de enfermagem, 2016.

ANEXOS

ANEXO 1- FICHA DE MONITORAMENTO DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

FICHA DE MONITORAMENTO DA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

ADMISSÃO

Data da Internação: ____/____/____ Horário: _____

Nº do prontuário: _____ 3- Nome de Paciente _____

Procedência: Capital () Interior () _____

Idade ____ G ____ P ____ A ____ 6-Pré-natal: Sim () Não () Nº de Consultas _____

Trabalho de Parto: Sim () Não ()

Dilatação na admissão: Sim () ____ cm Não ()

Realizado Teste Rápido HIV: Sim () Não ()

VDRL: Sim () Não () Ass. Enfa: _____

TRABALHO DE PARTO

1-Preenchimento do partograma: Sim () Não ()

2-Deambulação: Sim () Não ()

3- Métodos não farmacológicos para alívio da dor: Bola () Chuveiro () Massagem () Cavalinho () Outros () Não usado ()

4-Ocitocina: Sim () Não ()

5-Venoclise: Sim () Não ()

6-Dieta: Líquida () Zero ()

7-Acompanhante de livre escolha: () Sim () Não Justificativa em caso negativo: _____

Ass. Enfa: _____

PARTO

8- Data do Parto: ____/____/____ Hora: _____ Temperatura da sala: _____ Temperatura RN: _____

19-TIPO DE PARTO: Normal () Normal com manobras () Fórceps () Cesárea () Pélvico ()

Acompanhante no parto sim () não ()

20-Nascimento assistido por: Enfermeiro Obst. () Interno () Médico Residente () Médico Obst. () Técnico/Aux.de enfermagem ()

21-Realizado Manobra de Kristeller: Sim () Não () Não se Aplica ()

22-Posição período expulsivo: Cócoras () Semi-sentada () Dec. Lateral () Litotomia () Não se Aplica () Outra: _____

23-Episiotomia: Sim () Não () Não se Aplica ()

24-Laceração perineal: Não () 1º grau () 2º Grau () 3º e 4º grau () Não se Aplica ()

25-Dequitação: Espontânea () Manejo Ativo () Com manobras () Não se Aplica ()

26-Hemotransfusão: sim () não ()

27-Indicação de Cesariana: _____

28-Óbito Materno: Sim () Não () Hora: _____

RECÉM-NASCIDO

2-Clampamento do Cordão (1 a 3 min): Sim () Não ()

3-Apgar do RN no 1º min: <3 () 4 a 7 () 8 a 10 ()

1-Apgar 5º min; <3 () 4 a 7 () 8 a 10 ()

2- Peso: _____ IG (Cap): _____

3- Rn em contato pele a pele na 1ª hora de vida () Sim () Não **Justificativa em caso negativo:** _____

4- Rn amamentado na 1ª hora de vida () Sim () Não

5-Destino do RN: Alojamento Conjunto () BMR () UTI NEO () Óbito ()

6- Intercorrências: _____

Ass. Enfa: _____

ANEXO 2 – PARECER CEP – UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DA REDE CEGONHA EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE FORTALEZA COM FOCO NA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

Pesquisador: LIA GOMES LOPES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 88964818.2.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.648.429

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa caracterizado como um estudo observacional do tipo transversal, com abordagem quantitativa, realizada no Centro Obstétrico de um hospital terciário da rede estadual de referência em diversas especialidades e na assistência de alta complexidade, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS). A amostra é composta pelas fichas de monitoramento da atenção ao parto e nascimento, utilizadas na Instituição, de todas as mulheres internadas no período de janeiro de 2016 a setembro de 2017 e que evoluíram para o parto natural ou cesáreo. Serão analisadas as Fichas de Monitoramento da Atenção ao Parto e Nascimento de todas as gestantes admitidas durante um determinado período. A partir destas, serão avaliados os indicadores da Rede Cegonha no componente parto e nascimento, possibilitando identificar a proporção de boas práticas obstétricas inseridas no hospital. Para o reconhecimento de indicação de partos cesáreos utiliza-se o sistema de Classificação de Robson em dez grupos (SCRDG). Após realizada a coleta, os dados serão analisados através do programa SPSS versão 22.0 para Windows e os dados serão apresentados em tabelas e gráficos, sintetizando os pontos a serem discutidos.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Avaliar os indicadores da Rede Cegonha na Ficha de Monitoramento de um hospital terciário de Fortaleza, considerando o componente parto e nascimento.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

CEP: 60.430-275

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 2.648.429

Específicos Identificar os grupos específicos de mulheres que contribuíram para a realização de cesáreas em um hospital terciário de Fortaleza; Investigar as justificativas para a realização de cesarianas na instituição.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Esta pesquisa envolve riscos mínimos, visto se tratar de pesquisa com prontuários. O pesquisador se compromete a manter o sigilo das informações.

Benefícios: A pesquisa pode beneficiar indiretamente a população do estudo por meio da identificação de grupos específicos que contribuíram para as taxas de cesáreas, podendo oferecer indicativos de mudanças desse panorama.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para área de enfermagem obstétrica. Objeto de pesquisa está bem descrito e os objetivos são claros e pertinentes. Metodologia com adequado detalhamento dos participantes, instrumentos e procedimento de coleta. Aspectos éticos informados e de acordo com a Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados e estão de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta pendências éticas e documentais.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1080231.pdf	03/05/2018 15:05:44		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1080231.pdf	03/05/2018 15:03:36		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	03/05/2018 15:00:35	LIA GOMES LOPES	Aceito
Outros	Carta_Apreciacao.pdf	03/05/2018 13:38:36	LIA GOMES LOPES	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura_Projeto.pdf	30/04/2018	LIA GOMES LOPES	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 2.648.429

Brochura Pesquisa	Brochura_Projeto.pdf	13:28:31	LIA GOMES LOPES	Aceito
Outros	Autorizacao_chefe_enfermagem.pdf	30/04/2018 13:26:55	LIA GOMES LOPES	Aceito
Outros	Autorizacao_chefe_obstetricia.pdf	30/04/2018 13:26:30	LIA GOMES LOPES	Aceito
Outros	Autorizacao_Direcao_Geral.pdf	30/04/2018 13:26:02	LIA GOMES LOPES	Aceito
Outros	Declaracao_Fiel_Depositario.pdf	30/04/2018 13:22:45	LIA GOMES LOPES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Isencao_TCLE.pdf	30/04/2018 13:21:55	LIA GOMES LOPES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Pesquisadores.pdf	30/04/2018 13:21:34	LIA GOMES LOPES	Aceito
Cronograma	Cronogramaassinado.pdf	30/04/2018 13:21:19	LIA GOMES LOPES	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	30/04/2018 13:21:09	LIA GOMES LOPES	Aceito
Orçamento	Orcamentoassinado.pdf	30/04/2018 13:20:55	LIA GOMES LOPES	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	30/04/2018 13:20:39	LIA GOMES LOPES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	23/02/2018 10:29:33	LIA GOMES LOPES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 10 de Maio de 2018

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

CEP: 60.430-275

E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO 3 – PARECER CEP – HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA

HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA/SUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DA REDE CEGONHA EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE FORTALEZA COM FOCO NA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

Pesquisador: LIA GOMES LOPES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 88964818.2.3001.5040

Instituição Proponente: Hospital Geral de Fortaleza/SUS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.674.965

Apresentação do Projeto:

Projeto apresentado como pré-requisito do curso de pós-graduação de enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Trata-se de um estudo de natureza observacional, do tipo transversal, com abordagem quantitativa. A investigação será realizada de fevereiro a junho de 2018, em um hospital terciário da rede estadual de referência em diversas especialidades e na assistência de alta complexidade, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS). O local é referência na atenção ambulatorial e hospitalar nos serviços de ginecologia e obstetrícia, oferecendo atendimento de média e alta complexidade, bem como investe em pesquisa e tecnologia e atua como campo de ensino e extensão na área da saúde. Serão selecionadas as Fichas de Monitoramento de todas as mulheres gestantes admitidas na Emergência Obstétrica e no Centro Obstétrico da instituição durante um determinado período, excluindo aquelas que não evoluíram para o trabalho de parto e parto. Serão analisadas as Fichas de Monitoramento da Atenção ao Parto e Nascimento de todas as gestantes admitidas durante um determinado período. A partir destas, serão avaliados os indicadores da Rede Cegonha no componente parto e nascimento, possibilitando identificar a proporção de boas práticas obstétricas inseridas no hospital. Critério de Inclusão: Todas as mulheres gestantes admitidas na Emergência Obstétrica e no Centro Obstétrico da instituição durante um determinado período. Critério de Exclusão: Mulheres que não evoluíram para o trabalho de parto e parto. Após a coleta, os dados serão analisados por meio do Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0 para Windows e

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicú

CEP: 60.155-290

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078

Fax: (85)3101-3163

E-mail: cepghf.ce@gmail.com

HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 2.674.965

apresentados em tabelas e gráficos, sintetizando os principais pontos a serem discutidos conforme a literatura pertinente. A seleção dos testes estatísticos se dará conforme a necessidade da análise das informações encontradas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Avaliar os indicadores da Rede Cegonha na Ficha de Monitoramento de um hospital terciário de Fortaleza, considerando o componente parto e nascimento.

Objetivos específicos:

Identificar os grupos específicos de mulheres que contribuíram para a realização de cesáreas em um hospital terciário de Fortaleza.

Investigar as justificativas para a realização de cesarianas na instituição.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora refere que esta pesquisa envolve riscos mínimos, e que, a pesquisa pode beneficiar indiretamente a população do estudo por meio da identificação de grupos específicos que contribuíram para as taxas de cesáreas, podendo oferecer indicativos de mudanças desse panorama.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, podendo oferecer indicativos de mudanças do panorama da Rede Cegonha na Ficha de Monitoramento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora anexou os termos de caráter obrigatório para o estudo: cronograma; orçamento; folha de rosto; carta de anuência do chefe do serviço; declaração de fiel depositário; instrumento de coleta de dados e termo de dispensa do TCLE, pois a pesquisa será no banco de dados do setor.

Recomendações:

Atualizar período de coleta de dados.

Encaminhar relatório final ao CEP.

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicú

CEP: 60.155-290

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078

Fax: (85)3101-3163

E-mail: cephgf.ce@gmail.com

HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 2.674.965

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	03/05/2018 15:00:35	LIA GOMES LOPES	Aceito
Outros	Carta_Apreciacao.pdf	03/05/2018 13:38:36	LIA GOMES LOPES	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura_Projeto.pdf	30/04/2018 13:28:31	LIA GOMES LOPES	Aceito
Outros	Autorizacao_chefe_enfermagem.pdf	30/04/2018 13:26:55	LIA GOMES LOPES	Aceito
Outros	Autorizacao_chefe_obstetricia.pdf	30/04/2018 13:26:30	LIA GOMES LOPES	Aceito
Outros	Autorizacao_Direcao_Geral.pdf	30/04/2018 13:26:02	LIA GOMES LOPES	Aceito
Outros	Declaracao_Fiel_Depositario.pdf	30/04/2018 13:22:45	LIA GOMES LOPES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Isencao_TCLE.pdf	30/04/2018 13:21:55	LIA GOMES LOPES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 25 de Maio de 2018

Assinado por:
Ilvana Lima Verde Gomes
(Coordenador)

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900
Bairro: Papicú **CEP:** 60.155-290
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-7078 **Fax:** (85)3101-3163 **E-mail:** cepghf.ce@gmail.com