



ESTRATÉGIAS PARA UTILIZAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS NA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO NO CISAM

RECIFE - 2016

Pedro Henrique de Barros Falcão
Reitor da UPE

Maria do Socorro de Mendonça Cavalcanti
Vice-Reitora da UPE

Olímpio Barbosa de Moraes Filho
Gestor Executivo do CISAM

Antônio Antunes Correia
Coordenador Médico do CISAM

Maria Benita Spinelli
Coordenadora de Enfermagem do CISAM

Ana Maria Alexandrina Jordão
Coordenadora Administrativa Financeira do CISAM

Maria Luiza Bezerra Menezes
Divisão Médica Hospitalar do CISAM

Manoel Aduino Cunha Monteiro
Divisão de Enfermagem Hospitalar do CISAM

Colaboradores:

Manoel Carlos Neto
Divisão Administrativa do CISAM

Fátima Souza
Gerencia de Centra de Leitos do CISAM

Aurileide Maria Ramos
Gerente do Patrimônio do CISAM

Francisca Chaves
Gerente do Serviço Social do CISAM

Valquíria Pereira Ferreira
Coordenadora do Pró-Marias do CISAM

Tânia Pessoa
Psicóloga do CISAM

Carla Maciel
Psicóloga do CISAM

3º Versão

Identificação da Unidade:

A Universidade de Pernambuco, instituição de direito público, pertencente à administração indireta do Governo do Estado, vinculada à Secretaria de Ciência e Tecnologia, possui uma estrutura “*multi-campi*” formada por treze Unidades de Ensino e três Hospitais Universitários, quais sejam: o Hospital Universitário Oswaldo Cruz - HUOC, o Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros - CISAM e o Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco - PROCAPE.

O Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros - CISAM, teve sua origem na Maternidade Professor Monteiro de Morais, inaugurada em 23 de janeiro de 1947 e conhecida como a “Maternidade da Encruzilhada”. Foi incorporada em 1973, juntamente com o Centro de Saúde Amaury de Medeiros, à Fundação de Ensino Superior de Pernambuco – FESP, atual Universidade de Pernambuco – UPE.

Estrutura da Unidade Hospitalar:

Referência no Estado de Pernambuco através da Rede Cegonha para a gestação e parto de alto risco, integrada à Central de Leitos do Estado de Pernambuco, tem todos os seus 104 leitos disponibilizados para o Sistema Único de Saúde – SUS.

As acomodações são: enfermarias de Alto-Risco (16 leitos), Alojamento Conjunto (37 leitos) e Ginecologia (12 leitos). Uma Unidade Neonatal composta de UTI Neonatal (12 leitos), Unidade de Cuidados Intermediários – UCI (15 leitos), Unidade de Cuidado Canguru (7 leitos). Bloco Cirúrgico (4 salas), Sala de Parto Natural (4 salas), sala de Recuperação Pós-Anestésica (5 leitos). Central de Material e Esterilização – CME.

Serviços de Apoio ao Diagnóstico: Laboratório de Urgência, Agência Transfusional, Serviço de Nutrição e Dietética, Farmácia, Imagem e Medicina Fetal, Engenharia Clínica, Banco de Leite Humano, Serviço Social, Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Almoxarifado, Lavanderia, Serviço de Manutenção, Serviço Gerais. Unidade de Terapia Intensiva Materna aguardando inauguração.

Serviços Oferecidos: Unidade Hospitalar

- Acolhimento com Classificação de Risco - ACCR
- Assistência Neonatal
- Assistência à mulher em situação de violência sexual
- Assistência no abortamento incompleto pela técnica de AMIU
- Assistência à gestação e parto de alto risco
- Projeto Doula Comunitária Voluntária no SUS
- Banco de leite humano
- Serviço de Anestesia
- Serviço de eletroencefalografia
- Serviço de Urodinâmica
- Serviço de Atendimento Especializado à mulher e criança portadora de HIV-AIDS

(SAE)

- Serviço de Educação Permanente.

Serviços Oferecidos: Unidade Ambulatorial

- Clínica Médica
- Dermatologia especializada e geral
- Psicologia
- Acupuntura
- Imunização
- Laboratório de Patologia Clínica
- Imagem e Medicina Fetal
- Cardiologia
- Planejamento Reprodutivo
- Climatério
- Pré-natal de alto risco
- Cardiopatia na gravidez
- Reprodução Humana (tratamento da Esterilidade)

- Patologia Cervical (CAF, Colposcopia e citologia)
- Uroginecologia
- Endoscopia Ginecológica (Histeroscopia cirúrgica e clínica, Vídeo-laparoscopia).

Puericultura

- Incentivo ao aleitamento materno
- Teste do pezinho
- Teste da orelhinha
- Egresso de Recém-nascido de Alto risco

Pediatria

- Neurologia infantil
- Fonoaudiologia
- Fisioterapia
- Genética Humana
- Cardiologia fetal e pediátrica
- Dermatologia
- Psicologia infantil
- Terapia Ocupacional

Odontologia

- Saúde bucal da Criança, do Adolescente e da Gestante.

Ações voltadas a assistência, ensino e pesquisa e extensão

Comissões

- Ética de Enfermagem e Médica
- Análise de Óbitos e Biópsias
- Controle de Infecção Hospitalar
- Farmácia e Terapêutica
- Revisão de Registro em Saúde
- Suporte Nutricional Enteral
- Ética de Segurança do Trabalho
- Ética em Pesquisa,

- Serviço de Manutenção Predial e de Equipamento Médico-Hospitalar e Instalações Especiais,
- Acreditação Hospitalar e Humanização da Assistência Hospitalar

DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO

A Iniciativa da OMS/UNICEF/Ministério da Saúde, IHAC, denomina de *Hospital Amigo da Criança*, a maternidade que cumpre estes 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento, que deveria ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde;
2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma;
3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento;
4. Colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto durante pelo menos uma hora e encorajar as mães a reconhecerem quando seus bebês estão prontos para mamar oferecendo ajuda, se necessário;
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;
6. Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico;
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos – 24 horas por dia.
8. Encorajar o aleitamento sob livre demanda;
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio;
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas por ocasião da alta, no hospital ou ambulatório.

SETE PASSOS DOS CUIDADOS AMIGO DA MULHER - CAM

O critério global **Cuidado Amigo da Mulher** estar contido nas normas e rotinas escritas do serviço, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde e requer as seguintes práticas:

- 1) garantir à mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional;
- 2) ofertar à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves;
- 3) incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado à mulher, adaptando as condições para tal;
- 4) garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave;
- 5) disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheira ou chuveiro, massageadores ou massagens, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias, técnicas que devem ser informadas à mulher durante o pré-natal;
- 6) assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher; e
- 7) caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, autorizar a presença de **Doula** comunitária voluntária em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade.

Portaria GM N°1153, 22 de maio de 2014

AÇÃO REDE CEGONHA

1-VISITA EM HORÁRIO ESTENDIDO

OBJETIVO: Atender a proposta da Política Nacional de Humanização cujo objetivo é ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, de forma a garantir o elo entre a paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida da paciente.

SETORES ENVOLVIDOS: Portaria, Recepção, Enfermagem, Serviço Social e as Coordenações de Enfermagem e Médica.

DEFINIÇÕES: Os horários das visitas serão diferenciados de acordo com os setores, a saber:

- **ALOJAMENTO CONJUNTO, ALTO RISCO E GINECOLOGIA:**

HORÁRIO: 08h às 12h e de 13h às 20h, diariamente, com duração de 30 minutos. Cada usuária poderá receber, simultaneamente, 02 (dois) visitantes. Serão permitidas as visitas de crianças a partir de 01 (um) ano, desde que acompanhadas do responsável. Os visitantes receberão um crachá de identificação que deverá ser devolvido ao porteiro ao término da visita.

OBSERVAÇÃO: ao Marido/Companheiro, será permitida a entrada até às 20h, com intervalos regulares. Os mesmos deverão usar BATA/CRACHÁS para identificação. Após as 20h o(a) enfermeiro(a) responsável pelo setor deverá ser consultado para avaliar a necessidade da entrada do marido/companheiro na Instituição.

- **UNIDADE NEONATAL (UCI e UTI):**

PAI: será permitida a entrada até às 20h, os mesmos deverão usar BATA para identificação. Após as 20h o(a) enfermeiro(a) responsável pelo setor deverá ser consultado para avaliar a necessidade da sua entrada na Instituição.

AVÓS E AVÔS: diariamente, das 16h às 16h30.

CRIANÇAS: Não serão permitidas nesses setores.

- **CANGURU:** permitida visita diariamente das 08h às 12h e de 13h às 20h.

- **SALA DO PRÉ-PARTO:** não será permitida a visita neste setor.

- **SALA DE PARTO NORMAL E CIRÚRGICO:**

Maridos/companheiros ou pessoa de escolha da usuária: poderão entrar para assistir o parto.

OBSERVAÇÃO: casos fora da rotina deverão ser avaliados pelos responsáveis dos setores pertinentes.

RESPONSÁVEIS PELA OPERACIONALIZAÇÃO:

PORTARIA:

- Providenciar pessoal, local e material necessário para a identificação dos (as) visitantes.

RECEPÇÃO:

- Providenciar os crachás com a identificação das enfermarias para distribuição pelo porteiro.
- Fornecer ao porteiro a relação das usuárias internadas.
- Informar nome e local de internação das usuárias para os (as) visitantes.

SERVIÇO SOCIAL:

- Informar aos usuários e usuárias as normas da Instituição para a visita em horário estendido.

ENFERMAGEM:

- Divulgar para os servidores sob sua responsabilidade, as normas estabelecidas para a VISITA ABERTA e ACOMPANHANTE.

1- ORIENTAÇÕES AOS (ÀS) USUÁRIOS (AS)

1. Durante o período de internação, todas as mulheres têm direito a acompanhante de sua livre escolha e maior de 18 (dezoito) anos.
2. A troca de acompanhante poderá ser realizada pela manhã de 8h às 10h e no final da tarde das 17h até às 20h.
3. O parto poderá ser assistido por pessoa de livre escolha da mulher, desde que seja maior de idade.
4. O Pai ou a visitante deve se dirigir a Recepção para receber o seu crachá de identificação. Ele é de uso obrigatório dentro das instalações da maternidade e deve estar afixado acima do peito.
5. O horário para a visita é das 08h às 12h e das 13h às 20h, diariamente. Cada visitante permanecerá por até 30 minutos na Enfermaria e deverá estar devidamente identificado com o crachá na altura do peito.
6. O marido/companheiro, poderá entrar para ver a mulher até às 20horas.
7. É permitida a entrada de crianças a partir de 01 (um) ano de idade, acompanhada de um responsável.
8. Não será permitida a entrada de pessoas na Maternidade, para visita e acompanhamento, trajando roupas de banho, top, shorts, blusas, saias e vestidos curtos, transparentes e/ou decotados.
9. É proibida a entrada de qualquer tipo de alimento para pacientes e acompanhantes, bem como os seguintes objetos: flores, travesseiros, TV, ventilador, filmadoras e notebooks.
10. O uso de telefone celular deverá ser feito com discrição, o mesmo deve ser colocado no silencioso e ser usado respeitando o ambiente.
11. As crianças recém-nascidas na Maternidade podem ser registradas durante o período da internação.
12. A instituição não se responsabiliza por pertences de uso particular dos (as) usuários (as) e acompanhantes.
13. Sugestões, reclamações e elogios, procurar a OUVIDORIA.

2-DIREITO AO ACOMPANHANTE - Lei Nº11.108, lei do acompanhante de livre escolha da mulher.

1 - **OBJETIVO**: Garantir a mulher um acompanhante de sua livre escolha que lhe ofereça apoio físico e emocional.

2 - **SETORES ENVOLVIDOS**: Vigilantes, Recepção, Enfermagem, Serviço Social e as Coordenações de Enfermagem e Médica.

3 - ORIENTAÇÃO AOS ACOMPANHANTES

1. A usuária tem direito a um (a) acompanhante de sua livre escolha, durante **24 horas**, enquanto estiver internada, com o objetivo de ajudá-la e apoiá-la.
2. Na Enfermaria de Gestação de Alto Risco só será permitido o acompanhamento do sexo feminino;
3. O papel do acompanhante é apoiar e ajudar a mulher em suas necessidades, devendo permanecer ao lado dela o tempo todo.
4. Para ser acompanhante é necessária se apresentar a recepção, para receber a bata de identificação e seguir as normas da instituição.
5. A troca de acompanhante poderá ser realizada nos horários das **8 às 10 horas e das 17 às 20 horas**.
6. O acompanhante tem direito a se ausentar das dependências da maternidade no horário das **8 às 10 horas e das 16 às 17 horas**.
7. O uso de trajes inadequados ao ambiente hospitalar não é permitido, como: short, mini blusa, top, mini saia, roupas de dormir, etc.
8. Para garantir a privacidade da mulher durante a realização de exames e procedimentos, poderá ser solicitada a sua saída do ambiente.
9. Não transite entre os leitos ou interfira nas condutas adotadas pela equipe de saúde a outras usuárias. Em caso de dúvidas procure um funcionário da Unidade.
10. Cuide de seus objetos pessoais e dos de quem você acompanha, pois, a unidade não se responsabiliza por eles.
11. Os médicos examinam, avaliam e prescrevem pela manhã. Nesse período, esteja presente para receber as informações devidas. Em caso de troca, informe para o (a) novo (a) acompanhante.
12. Comportamentos como: fumar nas dependências internas do hospital (Lei Federal nº 9294), estar alcoolizado ou sob efeito de outras drogas não são permitidos nessa Instituição, assim como sair durante a noite.
13. Caso o acompanhante não cumpra as rotinas estabelecidas pela Unidade poderá ser solicitada a sua troca ou suspensão.
14. O uso de telefone celular deverá ser feito com discrição; o mesmo deve ser colocado no silencioso e ser usado respeitando o ambiente.
15. Fotos no Centro Obstétrico e Sala de parto, mediante autorização da equipe assistente.
16. Para evitar infecção hospitalar lave as mãos com água e sabão ou álcool gel antes e após o contato com a mãe e/ou bebê.

17. Não se alimente das refeições da usuária.
18. Não sente ou deite nos leitos.
19. Não traga flores naturais ao hospital.
20. Cada bebê só pode ser amamentado por sua mãe.
21. A usuária só pode alimentar-se da dieta oferecida pelo hospital, assim, como utilizar medicações autorizadas pela equipe de saúde.
22. Os banheiros das enfermarias só podem ser utilizados pelas usuárias e acompanhantes femininas. O acompanhante masculino deverá utilizar o banheiro específico localizado no térreo, após a triagem. Informe-se no Posto de Enfermagem ou no Serviço Social.
23. O acompanhante deverá se dirigir à recepção que o encaminhará ao Serviço Social para as informações de rotinas e para receber a sua autorização.
24. O Acompanhante tem direito a três refeições diárias, cujo horário está descrito na autorização, a qual, deverá ser apresentada ao entrar no refeitório.
25. Não é permitido: trazer, entrar ou sair do refeitório com alimentos.
26. Você tem direito a receber declaração de comparecimento. Caso precise, comunique ao Serviço Social.
27. As usuárias que após a alta permanecerem acompanhando o RN nas UCI e UTI Neonatal e Casa das Mães e que necessitarem ausentar-se da Instituição, deverão comunicar à equipe de cuidados e, após entendimentos, dirigir-se ao Serviço Social para preencher ficha social e ser informadas sobre as condutas nesses casos.
28. As usuárias que estiverem acompanhando seu RN na enfermaria deverão dirigir-se ao Serviço Social para regularizarem a sua situação como mãe acompanhante.
29. Após as 22h, recomenda-se o recolhimento de todos os acompanhantes e suas respectivas usuárias, devendo os mesmos permanecer na enfermaria na poltrona ao lado do leito.

3 - PROJETO DOULA COMUNITÁRIA VOLUNTÁRIA NO SUS

O **Rede Cegonha**, é um programa do Governo Federal que, a partir da articulação deste com estados e municípios, visa implementar um novo modelo de atenção, que garanta às mulheres uma atenção humanizada à gravidez, parto, puerpério, ao abortamento, e o acesso ao planejamento reprodutivo. E às crianças, o direito ao nascimento seguro e ao e desenvolvimento saudável. Estes são direitos humanos que devem ser respeitados, considerando-se as diversidades culturais, étnicas, raciais, de gênero e sexualidade (Portaria Nº 1459 GM/MS).

O **Projeto Doula Comunitária Voluntária no SUS** foi criado, dentro das ações propostas pelo Rede Cegonha, para acolher e assistir integralmente a gestante e seu bebê antes, durante e depois do parto, através da humanização do Pré-Natal, Parto e Nascimento, com estímulo ao parto normal e incentivo ao aleitamento materno.

Sua implantação na maternidade Professor Monteiro de Moraes - CISAM-UPE, situada no município do Recife, deu-se em outubro de 2014, a partir de uma articulação entre o Ministério da Saúde, por meio do Rede Cegonha, e o CISAM-UPE. O Projeto é de caráter voluntário, com 12 horas de trabalho semanal, amparado pela Lei Municipal do Voluntariado nº 16.683/2001, Lei Federal Nº 9.608, de 18/02/1998.

O nome "Doula" vem do grego "mulher que serve" e indica aquela pessoa que dá suporte físico e emocional à parturiente. Historicamente a função é antiga, mas como trabalho existe há muito tempo em todo o mundo, sobretudo na modalidade particular ou autônoma. No Brasil, entretanto, é relativamente recente, e mais recente ainda a sua inserção no SUS.

Conforme o parto foi sendo tratado como assunto médico, ele foi saindo do contexto domiciliar e ocorrendo basicamente em hospitais e maternidades, com a assistência de uma equipe especializada: o médico obstetra, a enfermeira obstétrica ou obstetriz, a auxiliar de enfermagem e o pediatra. Cada um com sua função bastante definida. Com isso, ficou uma grande lacuna: quem cuida do bem-estar físico e emocional daquela mulher que está dando à luz?

O ambiente impessoal dos hospitais, a presença de grande número de pessoas desconhecidas em um momento tão íntimo da mulher, tende a aumentar o medo, a dor e a ansiedade. Esses momentos são de imensa importância emocional e afetiva, e a doula se encarregará de suprir essa demanda por emoção e afeto, que não costuma ser suprida por nenhum outro profissional dentro do ambiente hospitalar. Essa lacuna pode e deve ser preenchida pela doula e/ou acompanhante do parto.

Toda mulher tem o direito de ter na gravidez e no parto uma vivência positiva e gratificante. O ambiente que circunda a cena do parto tem profundas influências no seu desenrolar, dificultando ou facilitando o parto, fazendo-o mais ou menos seguro e tranquilo. O **Projeto Doula Comunitária Voluntária no SUS** estimula e reforça o poder da mulher em seu papel natural de atuar como **protagonista** do seu parto.

O processo de Humanização no atendimento é considerado um grande avanço para a consolidação do modelo proposto, além de ser um diferencial nas políticas até então apresentadas. E é neste sentido que esta gestão assume o compromisso, político e social, de prestar todo apoio ao fortalecimento do **Projeto Doula Comunitária Voluntária no SUS**.

OBJETIVO DO PROGRAMA DOULA COMUNITÁRIA VOLUNTÁRIA NO SUS.

Facilitar o processo de humanização da assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério imediato, inserindo a **Doula Comunitária Voluntária** como pessoa habilitada a trazer informações e apoio, funcionando como um elo entre a equipe de atendimento, e a mulher, no ambiente hospitalar.

ATUAÇÃO DA DOULA COMUNITÁRIA VOLUNTÁRIA NO SUS

O **Projeto** é de caráter voluntário, estará subordinado a Superintendência de Enfermagem e conta com uma Coordenação local na maternidade, devidamente capacitada. Ela será responsável pela execução e acompanhamento do Projeto na Maternidade Prof. Monteiro de Moraes – CISAM/UPE.

As candidatas a Doula Comunitária Voluntária, passam por um processo de seleção, sendo treinadas para sua atuação. O Treinamento compreende de um módulo teórico e outro prático, só podendo ser integradas efetivamente ao programa após cumpridas todas as etapas previstas para sua formação. Para tanto, é necessário identificar na voluntária algumas habilidades, como:

- Ter desejo de servir e ajudar a comunidade;
- Ser calma, tranquila, carinhosa e solidária;
- Ser paciente, discreta e saber ouvir;
- Ser saudável física e mentalmente;
- Ter no mínimo 21 anos;
- Ter sido selecionada e participado da capacitação específica.

O QUE A DOULA VOLUNTÁRIA NO SUS ESTÁ HABILITADA A FAZER?

Antes do parto - orientar o casal sobre o que esperar do parto e pós-parto. Explicar os procedimentos comuns e ajudar a mulher a se preparar, física e emocionalmente, para o parto, das mais variadas formas.

Durante o parto - explicar os termos médicos e os procedimentos hospitalares e atenuará a eventual frieza da equipe de atendimento num dos momentos mais vulneráveis de sua vida. Ela ajudará a parturiente a encontrar posições mais confortáveis para o trabalho de parto e parto, facilitará formas eficientes de respiração e proporá medidas naturais que possam aliviar as dores, como banhos, movimentos, massagens, relaxamento, etc. O uso da voz baixa, visualização e toques suaves contribuem para um adequado relaxamento da mulher, o que faz o parto ficar mais curto e menos doloroso.

Após o parto - fazer visitas à nova família, no alojamento conjunto, oferecendo apoio para o período de pós-parto, especialmente em relação à amamentação e cuidados com o bebê.

O QUE A DOULA NÃO FAZ?

- Não executa qualquer procedimento médico ou de enfermagem,
- Não faz exames, não cuida da saúde do recém-nascido.
- Não substitui qualquer dos profissionais tradicionalmente envolvidos na assistência ao parto.
- Não discute procedimentos com a equipe ou questiona decisões.
- Não substitui o pai do bebê ou o acompanhante escolhido pela mulher durante o trabalho de parto.

Muito pelo contrário, a Doula soma-se à equipe e tem papel fundamental no acolhimento, apoio e relaxamento da parturiente.

PLANO DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DE TAXA DE CESÁREA

1. INTRODUÇÃO

O Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) é uma entidade público estadual, integrante do Complexo Hospitalar da Universidade de Pernambuco (UPE), certificado como Hospital de Ensino de acordo com a Portaria Interministerial N° 450 de 23 de Março de 2005.

É referência para o Sistema Estadual de Saúde na assistência a gestação de alto risco, de acordo com a Portaria n° 454 de 17 de março de 2004.

Integrado à Central de Leitos do Estado de Pernambuco, disponibiliza todos os seus 104 (cento e quatro) leitos ao SUS.

Em 2014 o CISAM realizou 5793 procedimentos hospitalares na unidade de internação, dos quais 3296 foram partos. Destes, 1796 (54,5%) foram do tipo normal e 1500 (45,5%) foram cesáreas.

Este indicador permite avaliar a qualidade da assistência prestada, uma vez que o aumento do mesmo pode estar refletindo um acompanhamento pré-natal inadequado ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal.

O CISAM tem como meta a Renovação da Habilitação em Gestação de Alto Risco – tipo II. Para tanto, precisa reduzir a taxa de cesárea para um percentual de 35%, conforme preconiza a Portaria 1.020 de 29 de maio de 2013.

2. TAXA DE CESÁREA DO CISAM EM 2014

Conceito: É a relação entre o número total de partos cesáreos e o total de partos (normais e cesáreos) realizados por uma Instituição no ano considerado.

O monitoramento e avaliação deste tipo de indicador hospitalar tem por objetivo conjugar esforços para um contínuo desenvolvimento e aprimoramento das práticas de gestão da assistência da saúde da mulher e da criança, que viabiliza a construção do plano de trabalho, levando em consideração o diagnóstico situacional da instituição; visando qualidade, otimização dos recursos e adequações necessárias à execução das ações.

INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	PERIODO DA AVALIAÇÃO	META DE ACOMPANHAMENTO
% de parto cesárea	$\frac{\text{Nº de partos cesáreos} \times 100}{\text{Total de partos (normais + cesáreos)}}$	Mensal	Portaria nº GM/MS 1.020 de 29 maio de 2013 Define 35% para o CISAM

Dos partos realizados em 2014, 1796 (54,5%) foram do tipo normal, e 1500 (45,5%) foram cesáreas.

Com vistas a diminuir este percentual, no quadro abaixo são apresentadas as estratégias que compõem o Plano de Ação para Redução da Taxa de Cirurgia Cesariana no CISAM, a ser desenvolvido no ano de 2015.

3. PLANO DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DE TAXA DE CIRURGIA CESAREANA NO CISAM

Objetivo:	REDUÇÃO DE TAXA DE CIRURGIA CESARIANA			
Meta:	35% DE TAXA DE CIRURGIA CESAREANA			
Medida:	REDUZIR EM 10,5% (DEZ E MEIO POR CENTO) A ATUAL TAXA DE CIRURGIA CESAREANA			
Período de Referencia:	01 de janeiro a 31 de dezembro de 2015			
Objetivo Específico	Estratégia	Recursos Necessários	Responsável	Meta
Fortalecer a utilização do Protocolo Clínico instituído pela Disciplina de Tocoginecologia para avaliação das indicações do parto tipo cesáreo (ver itens 3 a 7 a seguir).	<ul style="list-style-type: none"> • Manter as reuniões diárias durante a passagem de plantão com o objetivo de orientar a condução dos casos internados. • Manter as reuniões clínicas semanais para estudos dos casos atendidos na maternidade com vistas ao seguimento do protocolo clínico instituído. • Avaliar junto com o staff de plantão todos os casos de indicação de cesárea. 	Prontuários de pacientes internos, relatos de profissionais envolvidos na assistência obstétrica e neonatal.	Diretoria médica, professores de disciplina, gerentes de serviços e obstetras de plantão.	Reduzir 10.5% as indicações de parto cesáreo.
Utilizar instrumento de registro da evolução do trabalho de parto.	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar o partograma em todos os casos de trabalho de parto. 	Ficha de Partograma	Coordenação Médica e de Enfermagem	Cobrir 100% dos internamentos obstétricos

Implementação da Equipe de atendimento ao parto.	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar a convocação de enfermeiros obstetras por meio do concurso da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, para que sejam lotadas na sala de parto do CISAM. 	Ofício do Reitor da Universidade ao Secretário de Saúde Estadual solicitando a disponibilização de 8 (oito) enfermeiros obstetras.	Reitor da Universidade de Pernambuco; Secretário de Saúde do Estado e Gestor Executivo do CISAM.	Lotar 8 (oito) enfermeiros obstetras na sala de parto.
Utilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto.	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar o serviço de Doulagem no SUS: implantação de uma doulas/plantão de 12 horas. 	Curso de Formação de Doulas no SUS. Captação de voluntárias.	Superintendência de Enfermagem, Serviços de Educação Continuada e de Psicologia.	2 (duas) doulas por plantão/12 horas/turno.
Proporcionar privacidade da mulher durante o trabalho de parto.	<ul style="list-style-type: none"> • Instalar divisórias entre os leitos de pré-parto garantindo a privacidade das mulheres durante o trabalho de parto. 	Instalação de processo licitatório para aquisição de divisórias de leitos.	Divisão Hospitalar, Setor de Licitação.	Instalação de 8 (oito) cortinas divisórias.
Implantar atividades com grupos de gestantes durante o pré-natal com equipe multiprofissional.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar palestras com abordagem ao parto normal, desmistificando o medo da dor. • Inclusão dos residentes de enfermagem e medicina no grupo de palestrantes. 	Implantar palestras diárias no pré-natal. Promover 1 curso de gestante por semestre.	Coordenadores de residência de enfermagem e medicina. Gerente do serviço de pré-natal.	Palestras diárias no pré-natal. 1 curso de gestante por semestre.

4. INDICAÇÕES DE CESÁREA BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

A cesariana deve ser praticada rotineiramente		
Indicação	Grau de evidência*	Qualidade da evidência**
Apresentação pélvica a termo	A	Boa
Cesárea prévia (= 2 cicatrizes uterinas)	B	Razoável
Crescimento intrauterino restrito (apenas nos casos com diástole zero ou reversa da artéria umbilical)	D	Pobre
Descolamento prematuro da placenta com feto vivo	B	Pobre
Gravidez gemelar com 1° feto não-cefálico	D	Razoável
Gravidez gemelar monoamniótica	B	Pobre
Herpes genital ativo no momento do parto	B	Boa
Herpes genital (infecção primária no 3° trimestre)	D	Razoável
HIV (mulheres tomando apenas AZT ou sem uso antirretroviral)	A	Boa
Estimativa de peso fetal > 5.000g em não diabéticas	D	Pobre
Estimativa de peso fetal > 4.500g em diabéticas	D	Razoável
Placenta prévia total e parcial	D	Pobre
Placenta prévia com distância < 2 cm entre o bordo placentário e o orifício interno do colo	D	Razoável
Prolapso de cordão	B	Razoável

A cesariana não deve ser praticada rotineiramente		
Indicação	Grau de evidência*	Qualidade da evidência**
Cesárea a pedido	B	Razoável
Cesárea prévia (1 cicatriz uterina)	B	Boa
Cesárea prévia (2 cicatrizes uterinas com parto vaginal prévio)	D	Razoável
Circular de cordão	B	Razoável
Crescimento intrauterino restrito após 34 semanas	D	Razoável
Descolamento prematuro da placenta com feto morto	D	Pobre
Gravidez gemelar com 1° feto cefálico	A	Pobre
Hipertensão/Pré-eclampsia	B	Razoável
HIV (carga viral < 1.000 cópias/ml)	B	Razoável
Estimativa de peso fetal > 4.000g	B	Razoável
Prematuridade extrema (< 28 semanas)	B	Razoável

5. COMENTÁRIOS CONFORME A SITUAÇÃO MATERNA OU FETAL:

- **Apresentação pélvica:** em gestantes a termo com apresentação pélvica, a cesariana é recomendada devido à redução da mortalidade perinatal e morbidade neonatal. Deve-se aguardar o termo completo (pelo menos 39 semanas) e preferentemente o desencadeamento do trabalho de parto.
- **Gestação múltipla:** em gestação gemelar não complicada cujo primeiro feto tenha apresentação cefálica, a cesariana não é recomendada de rotina. No caso de gestação gemelar não complicada cujo primeiro feto tenha apresentação não cefálica, a cesariana é recomendada.
- **Trabalho de parto pré-termo:** a cesariana não é recomendada de rotina.
- **Fetos com restrição do crescimento intra-uterino:** a cesariana não é recomendada de rotina.
- **Placenta prévia:** a cesariana programada é recomendada nas situações de placentas centro-total ou centro-parcial.
- **Acretismo placentário:** um exame ecográfico com doppler é recomendado em mulheres com cesariana prévia e suspeita de placenta de inserção baixa entre 32-34 semanas para investigação de acretismo placentário. Caso o diagnóstico de placenta acreta seja sugerido pelo exame ecográfico, é recomendada **ressonância Nuclear Magnética** com a finalidade de investigar a extensão da invasão. Em gestantes com acretismo placentário é recomendado programar a operação cesariana com a presença de dois médicos obstetras, além do anestesista e pediatra, e com tipagem sanguínea e reserva de hemoderivados para eventual necessidade durante o procedimento.
- **Preditores da falha de progressão do trabalho de parto por desproporção cefalopélvica:** altura materna e estimativa de tamanho fetal (clínica ou ecográfica) não são recomendados para prever a falha de progressão de trabalho de parto.
- **Infecção pelo HIV:** a cesariana não é recomendada para prevenir transmissão vertical, em gestantes HIV positivas quando a gestante faz uso de terapia antirretroviral (TARV) com carga viral menor que 1000 cópias/ml. A cesariana é recomendada nas gestantes HIV positivas sem uso de antirretrovirais ou com carga viral maior que a referida acima, ou com carga viral desconhecida, ainda

que em início de trabalho de parto, com bolsa íntegra e com 3 cm ou menos de dilatação cervical. Nesta situação, é recomendado iniciar a profilaxia endovenosa com antirretroviral (zidovudina) 3 horas antes do procedimento.

- **HEPATITE B ou C:** a cesariana programada não é recomendada para prevenir a transmissão vertical em gestantes com infecção por vírus da hepatite B ou C. A cesariana programada é recomendada para prevenir a transmissão vertical do HIV e Hepatite B ou C em mulheres co-infectadas por HIV/hepatite.
- **Herpes simples:** a cesariana é recomendada nas mulheres com infecção primária ativa do vírus do Herpes simples durante o terceiro trimestre da gestação por reduzir risco de infecção neonatal do HSV. A cesariana não é recomendada de rotina para mulheres com infecção ativa recorrente do vírus do Herpes simples.
- **Obesidade:** a cesariana programada não é recomendada de rotina para mulheres obesas.
- **Cesariana a pedido:** a informação sobre indicações de cesariana, o procedimento, seus riscos e repercussões para futuras gestações deve ser feita de maneira clara e acessível respeitando as características socioculturais e individuais da gestante. Se não há indicação médica, deve-se discutir as razões da preferência por cesariana. É recomendado que a gestante converse sobre sua preferência com outros profissionais (anestesista, outro obstetra, enfermeiras obstétricas, obstetrizes). Em caso de ansiedade relacionada ao parto ou partofobia, é recomendado apoio psicológico multiprofissional. Se após informação (e apoio psicológico, quando indicado) a gestante mantiver seu desejo por cesariana, o parto vaginal não é recomendado. Quando a decisão pela cesariana for tomada, devem ser registrados os fatores que a influenciaram na decisão, e qual deles é o mais influente. Caso o obstetra manifeste objeção de consciência e não deseje realizar a cesariana a pedido, deve ser indicado outro profissional médico que faça o procedimento. A cesariana programada não é recomendada antes de 39 semanas de gestação.
- **Cesariana prévia:** o aconselhamento sobre a via de parto em gestantes com cesariana prévia deve considerar as preferências e prioridades da mulher, os riscos e benefícios de uma nova cesariana, os riscos e benefícios de um parto vaginal após uma cesariana, incluindo o risco de uma cesariana não planejada. As mulheres com três ou mais cesáreas anteriores devem ser esclarecidas de que há aumento do risco de ruptura uterina com o parto vaginal, porém esse risco deve

ser pesado contra os riscos de se repetir o procedimento cirúrgico. Trabalho de parto e parto vaginal em mulheres com cesariana prévia é recomendado na maioria das situações. De maneira geral, a cesariana não é recomendada em mulheres com 3 ou mais cesarianas prévias, exceto em situação de óbito fetal. O trabalho de parto e parto vaginal não é recomendado para mulheres com cicatriz uterina longitudinal de cesariana anterior. A avaliação ultrassonográfica da cicatriz uterina pós-cesariana segmentar e pelvimetria não são recomendados de rotina em mulheres com uma ou mais cesarianas prévias. O trabalho de parto e parto vaginal em mulheres com cesariana prévia pode ser realizado mesmo quando esse intervalo é de menos de 6 meses, se as condições obstétricas são favoráveis. Para as gestantes que desejam um parto vaginal após cesariana é recomendada a monitorização fetal intermitente e assistência que possibilite acesso imediato à cesariana. É recomendado o uso prudente de balão cervical ou ocitocina para indução de trabalho de parto em gestantes com uma cesariana prévia, apenas se houver indicação médica, não se devendo realizar indução eletiva por conveniência do médico ou da gestante. O uso de misoprostol para indução do parto em mulheres com cicatriz de cesárea anterior, independentemente do número de cesáreas prévias, não é recomendado.

6. TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Um termo de consentimento informado deve ser obtido de todas as mulheres que sejam submetidas a cesariana. Quando a decisão pela cesariana for tomada, devem ser registrados os fatores que a influenciaram na decisão e qual deles foi o mais influente.

Igualmente, é recomendada a obtenção de um termo de consentimento pós-informação para um parto vaginal na presença de uma ou mais cicatrizes de cesárea anterior.

7. TÉCNICA DA CESÁREA

Recomenda-se a cirurgia minimamente invasiva acompanhada do uso de antibiótico profilático, que juntas associam-se a menores riscos de complicações como hemorragia e infecção, e consiste em:

- **Antibiótico profilático:** Cefazolina ou Cefalotina 1-2 g IV é recomendada antes da incisão na pele na intenção de reduzir infecção materna. A escolha destes antibióticos dá-se por serem efetivos para endometrite, infecção urinária e infecção de sítio cirúrgico. Não é recomendado o uso de amoxicilina-clavulonato para profilaxia antibiótica.
- **Técnica:** recomenda-se a de Misgav-Ladach: associação de incisão de Joel-Cohen (transversa e retilínea, pouco acima da Pfannenstiel), histerorrafia contínua em camada única e não fechamento dos peritônios.
- **Remoção da placenta:** por tração controlada do cordão e não por remoção manual, para reduzir risco de endometrite.
- **Ligadura/hemostasia de tecido subcutâneo:** não é recomendada de rotina para gestantes com menos de 2 cm de tecido adiposo, pois não diminui incidência de infecção.
- **Aleitamento materno:** é recomendado suporte adicional para a mulher que foi submetida à cesariana para ajudá-las a iniciar o aleitamento materno tão logo após o parto.
- **Esterilização tubárea:** a cesariana não é recomendada para realização de laqueadura tubária. Entretanto naquelas que tenham indicação de esterilização cirúrgica ou tenham solicitado livremente e respeitado os critérios da Lei a ligadura tubaria deve ser realizada simultaneamente à cesarea.

8. ASSISTENCIA AO NEONATO:

É recomendada a presença de médico treinado em reanimação neonatal em qualquer cesarea. O cuidado térmico para o recém-nascido (RN) de cesariana. É recomendado clampeamento tardio do cordão umbilical para o RN a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial. Nos casos de mães isoimunizadas, ou portadoras dos vírus HIV, HBV, HCV ou HTLV, o clampeamento deve ser imediato. Colocar o RN em contato pele a pele, nos primeiros 5 minutos, por pelo menos 01 hora (orientar o uso do TOP).