



**VII SINGEP**

Simpósio Internacional de Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade  
International Symposium on Project Management, Innovation and Sustainability

ISSN: 2317-8302

**PROGRAMA PARTO SEGURO: INOVAÇÃO NA ATENÇÃO  
OBSTÉTRICA COM ENFOQUE NA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO  
OBSTETRA EM HOSPITAIS MUNICIPAIS NA CIDADE DE SÃO PAULO**

**ELIZIENNE DE SOUSA COSTA HORVATH**  
UNINOVE – Universidade Nove de Julho

**CHENNYFER DOBBINS ABI RACHED**  
UNINOVE – Universidade Nove de Julho

**ROSEMEIRE QUINTINO DE CARVALHO**  
UNINOVE

**ANTONIO PIRES BARBOSA**  
UNINOVE – Universidade Nove de Julho



## **PROGRAMA PARTO SEGURO: INOVAÇÃO NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA COM ENFOQUE NA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA EM HOSPITAIS MUNICIPAIS NA CIDADE DE SÃO PAULO**

### **Resumo**

A assistência obstétrica no Brasil é caracterizada pelo uso excessivo de intervenções no processo fisiológico do trabalho de parto e nascimento, fato que tem despertado para a necessidade de reestruturação do modelo de atenção obstétrica atual. Neste trabalho foi empregado o método estudo de caso com a estratégia de coleta de pesquisa documental, com o objetivo de apresentar o Programa Parto Seguro, que surgiu como estratégia para fortalecer a rede de proteção materna e Neonatal, proporcionando assistência obstétrica humanizada por meio das boas práticas baseadas em evidências científicas, introdução da atenção obstétrica sistematizada, protocolos e indicadores, no qual o enfermeiro obstetra tem tido destaque importante no papel gerencial junto à equipe multiprofissional, no acolhimento à gestante e suas famílias de forma segura, estimulando o parto normal e o protagonismo da mulher.

**Palavras-chave:** Obstetrícia; Parto Humanizado; Enfermeiro Obstetra; Indicadores de Serviços; Inovação.

### **Abstract**

Obstetric assistance in Brazil is characterized by excessive use of interventions in the physiological process of labor and delivery, a fact that has made it essential to change the model of obstetrical attention. In this work the case study method was used with the strategy of collection of documentary research. The objective of this work is to introduce the Safe Programa Parto Seguro, which emerged as a strategy to strengthen the maternal and neonatal protection network, providing humanized obstetric care through the best evidence-based practices, introduction of systematized obstetric care, protocols and indicators, in which the midwife nurse has been fundamental in the managerial role with the multiprofessional team, in welcoming the pregnant and her families safely, stimulating normal birth and the protagonism of women in parturition.

**Keywords:** Obstetrics; Humanizing Delivery; Nurse Midwife; Indicators of Health Services; Innovation.



## 1 Introdução

O Programa Parto Seguro (PPS) tem sido um modelo inovador na assistência ao parto que compreende nove hospitais da rede pública municipal da cidade de São Paulo e tem obtido mudanças significativas nas práticas assistenciais obstétricas embasadas nas melhores evidências científicas por meio da atuação do enfermeiro obstetra (CEJAM, 2018).

No Brasil há a necessidade de mudança de paradigma na assistência obstétrica, haja vista o alto índice da morbimortalidade materna e perinatal e de intervenções obstétricas evidenciadas pelas altas taxas de cesáreas, medicalização do processo de nascimento e a violação dos direitos sexuais e reprodutivos femininos durante todo o ciclo gravídico puerperal (Narchi, Cruz e Gonçalves, 2013).

Para modificar o cenário obstétrico atual são necessárias profundas mudanças de cultura dos serviços de saúde por meio de reformas estruturais, requer respeito à fisiologia do processo, promoção da autonomia da mulher, ambiente acolhedor para ela e sua família, e além é preciso capacitação, autonomia e transformação da atuação dos profissionais envolvidos (Narchi, Cruz e Gonçalves, 2013).

A Organização Mundial de Saúde recomenda o incentivo na formação e atuação do enfermeiro obstetra e/ou obstetrix e a literatura evidencia experiências de sucesso na redução da morbimortalidade materna e perinatal, maior satisfação da mulher em relação a todo processo, entre outros resultados benéficos relacionados à atuação e prática desses profissionais (CONITEC, 2017).

A atuação do enfermeiro obstetra no Programa Parto Seguro merece destaque devido ao bom desempenho que tem proporcionado mais autonomia à categoria e qualidade da assistência obstétrica comprovadas mediante os resultados obtidos no acompanhamento de vários indicadores de assistência obstétrica e de metas alcançadas.

O Objetivo deste trabalho foi descrever um modelo de assistência obstétrica por meio do acompanhamento dos indicadores e da atuação do enfermeiro obstetra no Programa Parto Seguro.

## 2 Referencial Teórico

O Programa Parto Seguro foi idealizado com o intuito de desenvolver estratégias inovadoras de atendimento que contribuíssem para a rede de proteção do Mãe Paulistana que está inserido na Rede Cegonha em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e a Organização Social CEJAM e atende nove hospitais municipais na cidade de São Paulo.

O PPS tem a finalidade de atender às urgências e emergências em ginecologia e obstetrícia na admissão aos serviços de saúde. O atendimento é iniciado com o acolhimento e classificação de risco das gestantes ou mulheres com alguma queixa ginecológica, além de proporcionar uma atenção diferenciada com destaque para a promoção de uma assistência humanizada em todo o processo de parto e nascimento por meio de uma equipe especializada que trabalha com protocolos assistenciais pautados nas melhores evidências científicas que são comprovados principalmente pelo indicador de satisfação das mulheres e famílias atendidas nos hospitais no qual o programa está inserido por meio de avaliações após os atendimentos realizados (CEJAM, 2018).

Outro grande destaque do programa foi a inserção do enfermeiro obstetra (EO) dentro do contexto de assistência ao parto proporcionando alteração no papel das outras equipes de trabalho como dos médicos obstetras e neonatologistas e assim contribuindo para uma nova abordagem da assistência, para a definição de novas metas e indicadores (CEJAM, 2018).

Desde 2011, a Rede Cegonha, por sua vez, propõe a organização e a qualificação da atenção e gestão materna e infantil em todo âmbito nacional, com incentivos técnicos e com



financiamento atrelados às mudanças do modelo obstétrico e neonatal (Ministério da Saúde, 2014).

As políticas públicas de saúde no Brasil têm incentivado a atuação das EO desde 1998, foi estabelecido na tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria MS/GM n.º 2.815/98, a remuneração do procedimento de assistência ao parto sem distócia, assistido pelas EO, assim como a Portaria n.º 163, de 22 de setembro de 1998, entre outras atribuições, confere ao enfermeiro a possibilidade da emissão de laudo de internação hospitalar (Benincá, 2017).

Nos últimos anos o movimento pela humanização do parto e nascimento e consequentemente, a participação da EO no processo de parturição, vem ganhando destaque no cenário nacional com intuito do resgate de um nascimento fisiológico e respeitoso e que possibilite melhorias nas condições de parto, diminuição dos altos índices de cesáreas, para que o processo de nascimento seja livre de técnicas intervencionistas e principalmente que possa contribuir para diminuir os índices de morbidade e mortalidade materna e neonatal (Ministério da Saúde, 2014).

Há alguns anos, vários autores e organizações não-governamentais têm demonstrado suas preocupações com a medicalização excessiva do parto, propondo modificações no modelo de assistência ao parto, principalmente naqueles de risco habitual. A implantação da atenção desse tipo de parto por enfermeiras obstetras está associada a mudanças nas práticas e rotinas institucionais, já que se encontra inserida num contexto de humanização do parto e nascimento, a exemplo bem-sucedido de alguns países da Europa, onde a assistência a esses partos é prestada por profissionais não médicos (Dias & Domingues, 2005).

De acordo com o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), em 73 países em que ocorrem 90% das mortes maternas e neonatais, o percentual de profissionais habilitados para trabalhar em obstetrícia é de 42%. Representante da UNFPA endossa o trabalho dos enfermeiros obstetras, como decisivo para a prevenção de mortes maternas e neonatais porque além de atuar na promoção da saúde das comunidades, esses profissionais oferecem aconselhamento para planejamento reprodutivo e trabalham com dados que podem contribuir na elaboração de políticas em saúde (UNFPA, 2017).

No Brasil, em meados do século XX, ocorreu o processo de medicalização do nascimento que contribuiu para a institucionalização do parto, transformando um acontecimento fisiológico, até então feminino, que ocorria em um contexto familiar, acolhedor, em um evento hospitalar e cirúrgico, centrado no médico, e a mulher e sua família passam a ser meramente coadjuvantes desse novo sistema (Leão, Riesco, Schneck e Angelo, 2013).

A assistência obstétrica no Brasil é caracterizada pelo uso inapropriado de intervenções no processo fisiológicos do trabalho de parto, cujo uso abusivo pode provocar muitos danos ao binômio mãe-filho. Além de desconforto físico para a mulher, riscos relacionados às altas taxas de partos cirúrgicos, episiotomia, uso rotineiro de ocitocina e amniotomia, são muitas as evidências sobre a grande incidência de prematuridade tardia associado ao parto cesárea eletivo e sem indicação clínica (Vogt et al., 2011).

Sabe-se da forte influência dos médicos na medicalização do parto e na indução ou realização de cesáreas desnecessárias, assim como do efeito protetor de intervenções quando a equipe que atende à parturiente é composta por profissionais não-médicos especialista no cuidado pré-natal de no parto de risco habitual (Norman & Tesser, 2015).

Em 2012, 55,6% dos nascimentos foram por meio de cesáreas, bem mais prevalentes no setor de saúde privado (85%) e no sistema público (40%) e apenas 5% das parturientes tiveram partos sem nenhuma intervenção. Em janeiro de 2015 o governo federal determinou a divulgação das taxas de cesáreas dos médicos e maternidades dos planos e seguros de saúde



por meio da Resolução Normativa 368 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (Norman & Tesser, 2015).

A Organização da assistência influencia as taxas de cesáreas que tendem a ser menores em países com assistência obstétrica menos medicalizada e com maior atuação de enfermeiros obstetras e obstetrias (Tesser, Knobel, Andrezzo e Diniz, 2014).

Os partos cesáreas devem ocorrer apenas quando houver indicação e assim podem reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal e não há evidência de benefícios para que os mesmos ocorram sem que haja indicação materna ou neonatal. Assim como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo. Esses riscos continuam muitos anos após o parto ter ocorrido e afeta a saúde da mulher e do seu filho, podendo também comprometer futura gestação. A OMS determina que a taxa de cesárea não deve ultrapassar 15% e a de episiotomia não deve ser maior que 10% (OMS, 2015).

A satisfação da mulher com o parto reflete a qualidade da relação dos profissionais de saúde e as parturientes, especialmente em relação a suporte emocional, capacidade de comunicação, fornecimento adequado de informações e participação no processo decisório. O resultado da satisfação com a assistência recebida também pode influenciar os resultados maternos e neonatais, uma vez que a ansiedade durante o parto está associada com altos níveis de adrenalina, padrões de frequência cardíaca fetal anormal, diminuição da contratilidade uterina, aumento na duração da fase ativa do trabalho de parto e baixos índices de Apgar. Em contrapartida, o apoio emocional, orientações e medidas de conforto podem reduzir a ansiedade, o medo e conseqüentemente os seus efeitos adversos (d'Orsi et al., 2014).

Um estudo transversal sobre manejo do trabalho de parto em três modelos de atenção no SUS: um centro de parto normal (CPN), um hospital geral (HG) vencedor do título “Galba de Araújo” (prêmio de reconhecimento para quem valoriza o parto humanizado) e uma maternidade com modelo prevalente (HP), realizado com 831 gestantes de risco habitual, demonstrou que o uso de ocitocina no CPN foi de 27,9%, no HG 59,9% e no HP 40,1%, a amniotomia foi realizada em 67,6%, 73,6% e 82,2% das mulheres nos serviços em questão respectivamente, a taxa de episiotomia foi menor na instituição de práticas humanizadas, 7,2% no CPN, 14,8% no HG e 54,9 no HP. O percentual de internações dos recém-nascidos e o parto fórceps foram mais altas no HP, no entanto não houve diferença dos índices de Apgar e para taxa de cesárea. (Vogt, Silva e Dias, 2014).

A pesquisa Nascer no Brasil, estudo de coorte sobre mortalidade neonatal, entrevistou 23.940 puérperas entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, realizada em 266 maternidades públicas e privadas de 191 municípios, demonstrou que práticas consideradas prejudiciais ou ineficazes têm sido realizadas de forma rotineira, a exemplo: uso de ocitocina 40%; amniotomia 40%; das mulheres que tiveram partos normais (48% da amostra), 92% estavam em posição litotômica, 56% foram submetidas à episiotomia, 37 receberam manobra de Kristeller, apenas 26% puderam se alimentar, 46% puderam se movimentar durante o trabalho de parto, 18,7% tiveram acompanhantes e somente 5% não sofreram intervenções (Lansky *et al.*, 2014).

A presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto é garantida pela lei 11.108/2005, que obriga todos os serviços de saúde seja do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada a permitir um acompanhante de livre escolha para parturiente durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato (Alves, Brüggeman, Bampi e Godinho, 2013).

Outra pesquisa realizada por Leal *et al.* (2014) utilizando dados da pesquisa Nascer no Brasil, avaliou o uso das boas práticas (alimentação, deambulação, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e do partograma) e de intervenções obstétricas na assistência no trabalho de parto e parto em mulheres de risco obstétrico habitual, evidenciou



que as boas práticas durante o trabalho de parto ocorreram em menos de 50% das mulheres, sendo menos frequentes nas regiões norte, nordeste e centro-oeste. A taxa de amniotomia foi maior no setor público e nas mulheres com menor escolaridade. O parto cesárea foi menor nas usuárias do setor público, não brancas, com menor escolaridade e múltiparas.

Os resultados clínicos e os principais dados do processo de interesse das organizações devem ser mensurados, de forma organizada e padronizada que possibilitem o *benchmarking* e a interpretação a partir de uma visão global da qualidade a assistência prestada. Além disso, deve refletir a experiência do paciente, integrado aos resultados do processo por meio de indicadores de qualidade que expressem as tendências e resultados para as partes interessadas, facilitando estratégias para melhoria da qualidade da assistência (Collins & Draycott, 2015).

A OMS, estabelece medidas de atenção e proteção ao processo de nascimento embasados na humanização da assistência, com suporte emocional e atenção com o mínimo de intervenções. Embora haja inúmeros programas envolvidos para a humanização da atenção obstétrica, todas estratégias existentes no país têm sido ineficientes para a mudança do atual cenário medicalizado e intervencionista. O conceito de atenção humanizada ao parto concerne em um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e nascimento saudável e a prevenção de morbimortalidade materna e perinatal (Fernandes e Vilela, 2013).

É preciso que haja empenho das instituições e profissionais de saúde, governo e sociedade para a implementação de estratégias viáveis e efetivas para que a atenção perinatal seja segura, humanizada e que assegure o protagonismo da mulher e sua família no processo de nascimento.

### 3 Metodologia

Neste trabalho foi empregado o método Estudo de Caso com a estratégia de coleta de pesquisa documental.

De acordo com Martins & Theóphilo (2016), Estudo de Caso é uma investigação empírica que pesquisa fenômenos dentro de seu contexto real, em que o pesquisador não tem controle sobre eventos e variáveis, buscando apreender a totalidade de uma situação de modo criativo, descrevendo, compreendendo e interpretando a complexidade de um caso concreto (Martins, Theóphilo, 2016).

O Estudo de Caso possibilita analisar fenômenos complexos e de difícil quantificação como supervisionar funções administrativas de uma organização, estratégias de uma organização não governamental, políticas governamentais, entre outros e para isso a abordagem qualitativa é mais adequada para o tratamento contextual e do fenômeno e no que se refere à sua operacionalização (Martins, Theóphilo, 2016).

A pesquisa documental é caracterizada por estudos que utilizam documentos como fonte de dados, informações e evidências, sejam escritos, ou não, tais como documentos arquivados em entidades públicas ou privadas (Martins, Theóphilo, 2016).

A Empresa em questão é o Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim”. (CEJAM), localizada no município de São Paulo, é uma Organização Social, entidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos. Foi criado em 20 de maio de 1991 por um grupo de médicos, advogados e profissionais de saúde do Centro de Referência de Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil (CRSMINADI), Hospital Pérola Byington.

Os dez primeiros anos de existência da instituição, O CEJAM teve como foco principal ações na Atenção à Saúde da Mulher e atualmente dedica-se às áreas de Saúde,



Educação e Responsabilidade Social e conta com um quadro de mais de sete mil funcionários e o Parto Seguro é um dos programas do qual a instituição coordena em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e a Rede Cegonha.

O Programa Parto Seguro visa a prestação de assistência humanizada, diferenciada e acolhedora em todas as fases do atendimento à Mãe Paulistana e compreende o acolhimento com classificação de risco, admissão obstétrica, pré-parto, parto, unidade de terapia neonatal e puerpério em oito hospitais da Rede Municipal de Saúde de São Paulo.

O PPS surgiu para aprimorar os processos operacionais nas maternidades, com destaque na humanização e qualificação da atenção ao parto de modo a atingir as metas propostas para os Objetivos do Milênio.

A coleta de dados para a elaboração do trabalho ocorreu após autorização pelo responsável técnico do CEJAM e foi realizada a análise de relatórios dos anos 2015 e 2016 por meio de comparação de dados referentes aos indicadores de assistência que são acompanhados pelo PPS.

Não foi possível realizar uma evolução da série histórica dos indicadores devido os mesmos terem sido acrescentado no decorrer dos anos e a melhor forma de expressar os resultados foram avaliando os dados dos indicadores mais recentes.

Os resultados obtidos no PPS estão correlacionados à inserção do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de risco habitual e no acompanhamento de indicadores obstétricos e metas, os quais serão descritos no próximo capítulo.

#### **4 Análise dos Resultados**

A coleta de dados foi realizada por meio de análise de relatórios anuais realizados após um ano de implementação dos indicadores de assistência materna e neonatal do PPS que ocorreu em 2015 comparados com o ano de 2016, e com alguns dados disponíveis prévios à implementação e após um ano de programa.

O programa teve início em outubro de 2011 em 8 hospitais da rede Municipal da cidade de São Paulo e atualmente ampliou para nove hospitais.

Um ano após a implementação do programa houve um aumento de 22,68% no número de partos, considerando que em 2011 foram 13.101 partos e 2012, 16.942, comparando o último mês do programa que foi setembro de 2011, que foram 1092 parto com outubro de 2012, após um ano do PPS, o número de partos foi 1413 e o aumento foi de 29%.

De acordo com os relatórios anuais do PPS foram realizados 98.576 acolhimentos de gestantes com classificação de risco, esse primeiro atendimento é realizado pelo enfermeiro obstetra, que além de realizar anamnese, exame físico e classificação de risco de acordo com grau de urgência e emergência, esse profissional é habilitado para atender a gestante de modo integral e humanizado, atendendo suas queixas e anseios e garantindo um atendimento acolhedor, desses atendimentos. Foram 16.125 partos, acompanhados por equipes multiprofissionais, com destaque para o acompanhamento dos enfermeiros obstetras nos partos de risco habitual, médicos obstetras, neonatologistas e técnicos de enfermagem e foram realizadas 22.303 buscas ativas, que são monitoramentos das gestantes dispensadas após atendimento, esse controle previne intercorrências como óbito fetal, sofrimento fetal e outros problemas que podem ser controlados em gestantes a partir de 37 semanas de gestação.

No primeiro ano de programa houve 3.794 capacitações em treinamentos, cursos e orientações sistemáticas de colaboradores.

Países como Holanda, Nova Zelândia e países Escandinavos em que as *midwives* (obstetrias e enfermeiras obstetras) atuam na assistência ao parto apresentam menores taxas de cesáreas, episiotomia e há menor frequência de intervenções. A assistência ao parto



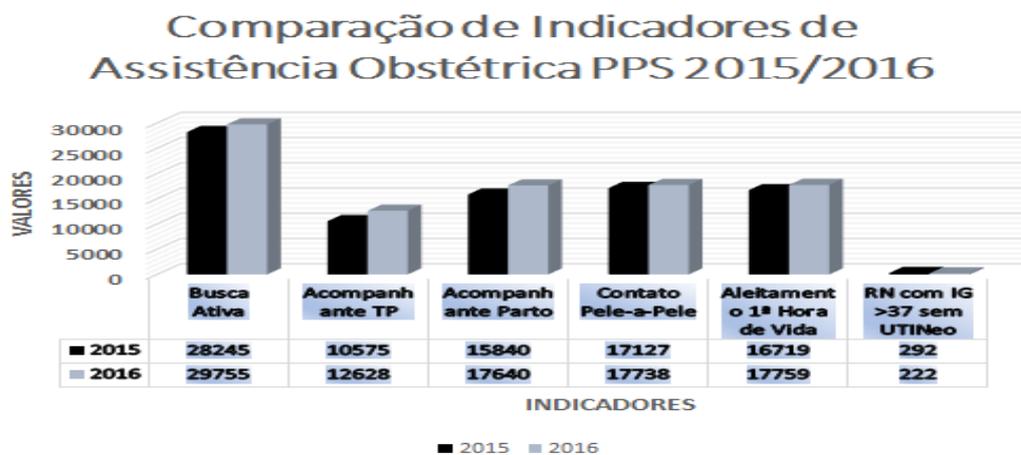
realizada por profissionais capacitados é o fator mais importante para a diminuição da mortalidade materna (Norman & Tesser, 2015).

Houve evolução crescente na ocorrência de partos em posição não-supina, em janeiro de 2012, três meses após implementação do PPS a taxa era de 40,01%, a melhor taxa foi em novembro do mesmo ano, 91,59% e a média anual foi de 70,56%. Em 2016 a média anual foi de 96,6%. As posições mais utilizadas são semi-sentada, lateral, cócoras e sentada na banqueta. As posições verticalizadas (não-supina), favorecem a oxigenação do bebê, reduz necessidade de episiotomia e de parto fórceps, proporciona maior autonomia da mulher.

O gráfico 1 representa os indicadores que estão sendo acompanhados pelo PPS.

**Gráfico 1.**

Comparação de Indicadores de Assistência Obstétrica – Ano 2015-2016



Fonte: Relatórios Anuais PPS

Os indicadores que foram avaliados foram os de Busca Ativa, Acompanhante durante o Trabalho de Parto e Parto, Episiotomia Geral e em Primíparas, Taxa de Cesárea Geral e em Primípara, Contato Pele-a-Pele, Aleitamento Materno na Primeira Hora de Vida e Recém-Nascidos encaminhados para UTI Neonatal acima de 37 semanas de gestação.

As médias anuais dos anos de 2015 e 2016 para os indicadores Busca Ativa respectivamente foram: 28.245 e 29.755 (aumento de 5,08%); Acompanhante no Trabalho de Parto: 10.575 e 12.628 (aumento de 16,26%); Acompanhante no Parto: 15.840 e 17.640 (aumento de 10,21%); Contato Pele-a-Pele: 17.127 e 17.738 (aumento de 3,45%); Aleitamento na Primeira Hora de Vida: 16.719 e 17.759 (aumento de 5,86%) e Recém-Nascido: 292 e 222 (queda de 23,98%).

No ano de 2015, foram 174.982 acolhimentos com classificação de risco, foram 20.067 partos, em que 76% foram acompanhados por enfermeiros obstetras; e 28.245 buscas ativas.

Ainda em 2015 foi possível avaliar o percentual da presença de acompanhante durante o trabalho parto, a taxa anual foi de 98%; a taxa de episiotomia, que foi de 13,5%.

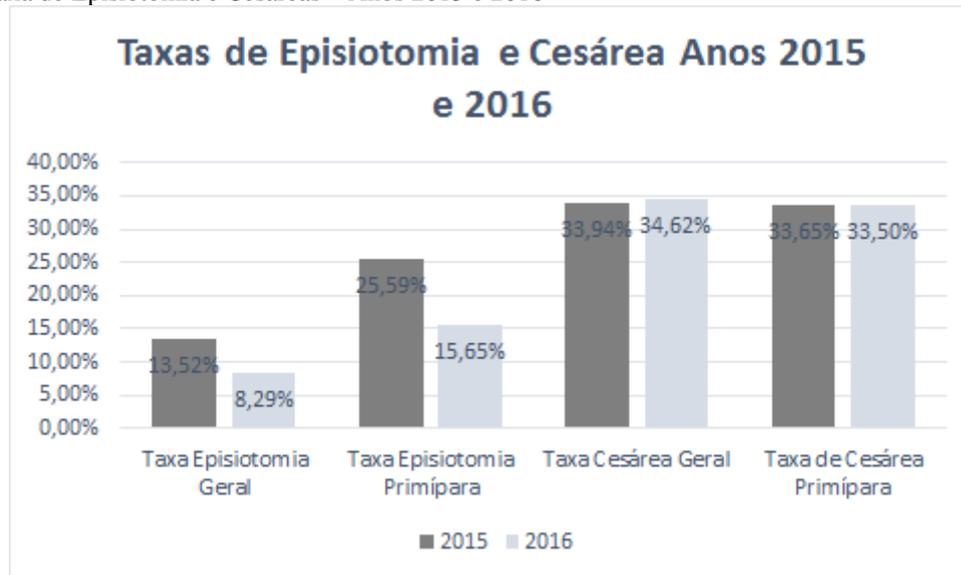
Em 2016, o número de acolhimentos com classificação de risco foi 159.447, a média mensal foi 21.873, houve uma queda de 8,87% referente ao ano anterior, o que pode estar relacionado à melhor qualidade das orientações realizadas pela equipe multiprofissional, pelas buscas ativas que também são de caráter informativo, o que interfere nas idas desnecessárias ao serviço uma vez que a gestante passa a ter conhecimento sobre os sinais e sintomas de alerta de trabalho de parto e possíveis complicações. Houve também queda de 23,98% no número de Recém-Nascidos que foram encaminhados para UTI Neonatal.

O gráfico 2 representa a comparação das taxas de Episiotomia Geral, em Primíparas, de Cesárea Geral e em Primíparas.



## Gráfico 2.

Taxa de Episiotomia e Cesáreas – Anos 2015 e 2016



Fonte: Relatórios Anuais PPS

Os indicadores variaram respectivamente nos anos de 2015 e 2016 referente às médias de Taxa de Episiotomia Geral: 13,52% e 8,29%; de Episiotomia em Primípara: 25,59% e 15,65%; de Cesárea: 33,94% e 34,62% e de Cesárea em Primípara 33,65% e 33,50%.

Em 2016 a Taxa Geral de Episiotomia ficou de acordo com as recomendações da OMS que deve ser inferior a 10%. Em relação à Taxa de Episiotomia em Primíparas, embora não tenha alcançado a Taxa ideal, houve queda considerável de 38,85%.

As Taxas de Cesárea ainda não alcançaram os valores ideais, no entanto permanecem abaixo da média dos hospitais do Brasil, que em 2016 foi de 55,5%. Taxa de Cesárea Geral do PPS em 2016, houve discreto aumento de 1,97%, em relação ao ano de 2015 em relação à Taxa de Cesárea em Primíparas houve queda discreta de 0,45%.

No ano de 2016, o Ministério da Saúde divulgou que pela primeira vez desde 2010, não houve crescimento do número de cesáreas no Brasil na rede pública e privada, e a tendência de estabilização manteve o índice de 55,5% e 44,5% o de partos normais. Em relação aos índices apenas do SUS, a taxa de Parto Normal superou a de Cesárea, 59,8% e 40,2% respectivamente (Brasil, 2017).

A estabilização dos valores das taxas de cesáreas está relacionada à implementação de uma série de estratégias como Rede Cegonha, no Sistema Único de Saúde (SUS), Parto Adequado, na Saúde Suplementar, qualificação das maternidades de alto-risco, maior presença de enfermeiros obstetras na cena do parto e nas boas práticas de assistência obstétrica (Brasil, 2017).

O gráfico 3 representa a série evolutiva de partos no PPS de 2011 a 2016:

## Gráfico 3.

Números de Parto PPS - Anos 2011 a 2016



Fonte: Relatórios Anuais PPS



Foram realizados 20.767, aumento de 3,38% comparado à 2015 e 22,36% a 2012 e 36,92% a 2011, a média mensal de 2016 foi 2.508.

Na área materno-infantil, é fundamental a adoção de indicadores que permita uma visão integral, contínua, interdisciplinar da assistência, e que incorporem as dimensões do processo saúde doença e direitos sociais para a garantia da mesma (Queiroz, Jorge, Marques, Cavalcante, & Moreira, 2007).

O Ministério Público Federal divulgou alguns resultados positivos alcançados pelo PPS, como a efetiva redução dos procedimentos médicos desnecessários, evidenciando que as mulheres acompanhadas em maternidades do PPS têm menos chances de serem submetidas à cesáreas e episiotomia quando comparadas quando são assistidas em maternidades privadas, nas quais as taxas desses procedimentos podem ser superiores à 90%

## 5 Considerações Finais

O Programa Parto Seguro fortaleceu a Rede de Proteção à Mãe Paulistana contribuindo para mudanças na atenção materna e infantil por meio de novos paradigmas e aprimoramento das competências da assistência obstétrica reduzindo agravos.

O PPS introduziu o enfermeiro obstetra à assistência, sendo os principais personagens responsáveis pelo gerenciamento de indicadores e pelos bons resultados obtidos por meio da adoção de boas práticas na atenção obstétrica baseadas nas melhores evidências científicas, de protocolos e de indicadores próprios e do Ministério da Saúde, equipe multiprofissional integrada e capacitada, tendo como principal objetivo o atendimento humanizado, seguro e resolutivo às gestantes e aos recém-nascidos, estimulando o parto normal a fim de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, acolhendo a mulher e suas famílias e fornecendo subsídios para promoção de nascimentos saudáveis em que a mulher é a protagonista do seu parto.

A redução das intervenções desnecessárias na assistência perinatal alcançadas pelo PPS, demonstram que medidas simples podem ser implementadas com bons resultados a curto prazo, o que permite a adoção dessas estratégias por outras instituições para promoção e garantia de uma assistência segura às mães, bebês e suas famílias.

## Referências

Alves, M.C., Brüggemann, O.M., Bampi, R.R., Godinho, R.R. (2013). Apoio à parturiente por acompanhante de sua escolha em uma maternidade-escola. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 5(3), 153-164. Disponível em <https://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2013.v5i3.153-164>

Benincá, T. (2017). *Atuação da enfermeira obstétrica no processo de parturição: percepção do médico obstetra à luz de Foucault - Pesquisa Google* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/181569/349088.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

CEJAM. (2018). CEJAM | Parto Seguro. Recuperado 13 de agosto de 2018, de [http://cejam.org.br/parto\\_seguro](http://cejam.org.br/parto_seguro)

Collins, K. J., & Draycott, T. (2015). Measuring quality of maternity care. *best practice & research clinical obstetrics & gynaecology*, 29(8), 1132–1138.



- d'Orsi, E., Brüggemann, O. M., Diniz, C. S. G., Aguiar, J. M. de, Gusman, C. R., Torres, J. A., ... Domingues, R. M. S. M. (2014). Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, S154–S168. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087813>
- Dias, M. A. B., & Domingues, R. M. S. M. (2005). Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 699–705.
- Ministério da Saúde. (2014). *Humanização do parto e do nascimento* (Vol. 4). Brasília, DF. Recuperado de [http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizaus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf)
- Queiroz, M. V. O., Jorge, M. S. B., Marques, J. F., Cavalcante, A. M., & Moreira, K. de A. P. (2007). Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. *Texto Contexto Enferm*, 16(3), 479–87.
- CONITEC. (2016). Diretriz nacional de assistência ao parto. Brasil: Ministério da Saúde. Disponível em [http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf)
- Fernandes, R.Z.S., Vilela, M.F.G. Estratégias das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. (2013). Unicamp. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4457.pdf>
- Lansky, S., Friche, A.A.L., Silva, A.A.M., Campos, D., Bittencourt, S.D.A.; Carvalho, M.L., ... (2014). Pesquisa nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Caderno de Saúde Pública*, 30, 192-207. Disponível em [www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf)
- Leão, M.R.C, Riesco, M.L.G., Schneck, Angelo, M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil. (2013). *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (8), 2395-2400.
- Martins, G. A., Theóphilo, C. R. (2016). Polo Técnico – Estratégias de Pesquisa. In: G.A. Martins & C.R. Theóphilo, *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*, 3, 51-83. São Paulo, São Paulo, Brasil: Atlas.
- Nações Unidas no Brasil (2017). Papel dos enfermeiros obstetras é 'decisivo' para prevenir mortes maternas e neonatais, diz UNFPA. Disponível em <https://nacoesunidas.org/papel-de-enfermeiros-obstetras-e-decisivo-para-prevenir-mortes-maternas-e-neonatais-diz-unfpa/>
- Narchi, N.Z., Cruz, E.F., Gonçalves, R. (2013). O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (4), 1059-1068.
- Norman, A., & Tesser, C. (2015). Obstetras e enfermeiras obstetras no sistema único de saúde e na atenção primária à saúde: por uma incorporação sistêmica e progressiva (Vol. 10). [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(34\)1106](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(34)1106)
- Tesser, C.D., Knobel, R., Andrezza, H.F.A., Diniz, S.G. (2015). Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 10 (35), 1-12. Disponível em [https://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](https://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)
- Vogt, S.E., Diniz, S.G., Tavares, C.M., Santos, N.C.P., Schneck, C.A., Zorzam, B., ... (2011). Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS no município de Belo Horizonte. *Caderno Saúde Pública*, 27 (9), 1789-1800.
- Vogt, S.E., Silva, K.S., Dias, M.A.B (2014). Comparação de modelos assistenciais ao parto em hospitais públicos. *Revista de Saúde Pública*, 48(2):304-313.
- Organização Mundial de Saúde. (2015) Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. Disponível em [apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf)