

**GOVERNO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM
ENFERMAGEM**

Daniel Andrade de Vasconcelos

**DIREITO AO ACOMPANHANTE NO TRABALHO DE PARTO, PARTO E
PÓS-PARTO IMEDIATO: ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO
PRÉ-NATAL**

ARACAJU- SE

2014

Daniel Andrade de Vasconcelos

**DIREITO AO ACOMPANHANTE NO TRABALHO DE PARTO, PARTO E
PÓS-PARTO IMEDIATO: ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO
PRÉ-NATAL**

Projeto de pesquisa apresentado como forma parcial para obtenção do título de especialista em Enfermagem Materna, Neonatal e do Lactente, modalidade à distância pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^ª. Carolina Junges

ARACAJU- SE

2014

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

ANS – Agência Nacional de Saúde

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

PROCON – Procuradoria de Proteção e Defesa do Consumidor

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	Página 5
2. OBJETIVOS	Página 9
2.1 Objetivo geral	
2.2 Objetivos específicos	
3. SUSTENTAÇÃO TEÓRICA.....	Página 10
3.1 Pré-Natal e Humanização.....	Página 12
3.2 Parto e Humanização no Parto.....	Página 12
3.3 Lei do Direito de Acompanhante à Gestante.....	Página 12
4. METODOLOGIA.....	Página 17
5.RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	Página 19
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	Página 24
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	Página 28
ANEXOS	
Anexo 1 – Lei do Acompanhante.....	Página 30
Anexo 2 – Portaria nº 2.418 do Ministério da Saúde.....	Página 30
Anexo 3 – Resolução Normativa nº 211 da ANS.....	Página 31
Anexo 4 – Resolução da Diretoria Colegiada- RDC Nº 36, de 03 de Junho 2008.....	Página 31
APÊNDICE	
APÊNDICE A.....	Página 67

1. INTRODUÇÃO

Os períodos da gravidez, bem como o do puerpério deveriam ser os momentos mais sublimes da vida de uma mulher e de seus familiares. Muito embora o momento do parto possa ser acompanhado de receios, medos, ansiedade, angústia, dor e outras sensações e sentimentos semelhantes.

Durante minha experiência profissional pude identificar pessoalmente e através de depoimentos de colegas, também das gestantes e puérperas, que a realidade pode ser bem diferente do descrito pela literatura e que muitas mulheres tiveram experiências repletas de sensações ruins. Tal situação está relacionada a diversos fatores, dentre eles a fragilidade oriunda da ausência de uma pessoal de convívio mais próximo à gestante no momento mais crucial de toda a gestação, ou seja, o momento em que ela ingressa na maternidade e é assistida durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Um dos relatos que me direcionaram a esse estudo, foi o que reproduzirei rapidamente: Certa vez ao fazer uma visita puerperal, ouvi de uma cliente que havia sido assistida por mim durante o pré-natal numa Unidade Básica de Saúde (UBS), como parte integrante de ESF (Estratégia de Saúde da Família). Durante essa conversa ela relatou que tinha sofrido violência obstétrica. A violência se deu inicialmente ao acesso do pré-parto, no qual a acompanhante, que era a mãe da cliente, fora impedida de entrar. Foi como uma ordem de comando rígida e inflexível: daqui não pode passar. Por ser primigesta ela se apresentou muito mais nervosa e apreensiva com toda a dinâmica daquele tipo de assistência que estava recebendo, onde quase absolutamente nada era previamente explicado ou dito, apenas os procedimentos eram realizados de forma sistemática, tal qual uma produção de fábrica. Referiu também que eram tão grandes a

agitação, dor e medo, que ao se mexer demasiadamente na maca, acabou caindo. Solicitou ajuda as enfermeiras, que por sua vez chamaram o obstetra. Após a avaliação rápida, o mesmo teria dito que estava tudo normal, que era só esperar, que era assim mesmo, e que a dor fazia parte do ato de parir. Ela ainda relatou que após horas de espera, finalmente resolveram fazer o parto cesáreo. Já quando chegou à enfermaria e ter a mãe por perto para ajudar com os primeiros cuidados, o ambiente mais tranquilo, com menos estresse e sofrimento, tudo começou a melhorar, mas mesmo assim, confesso relutar em engravidar e ter o risco de passar por tudo isso novamente.

Percebemos evidências claras de violência obstétrica, na história relatada acima, na qual houve ausência de cuidado humanizado, de apoio psicológico, houve violência física ao permitir ou não prevenir a queda da gestante, a negação do direito da cliente ter um acompanhante durante o pré-parto e parto. Segundo estudos realizados pela Fundação Perseu Abramo e SESC em 2010, verificou-se que o percentual de 25% das mulheres atendidas tanto na rede do SUS, como na rede privada, foram vítimas de alguma forma de agressão durante o período da gravidez ou mesmo no parto (Venturi et al 2010).

Confrontando minha experiência profissional com o percentual da pesquisa, indagamos: O quê poderia ser feito para inibir a violência obstétrica? Será que a paciente, se fosse conhecedora de seus direitos, estaria tão suscetível a tal situação? Caso houvesse um acompanhante naquele momento, o tratamento oferecido pela equipe seria o mesmo? A paciente teria o mesmo nível de estresse? Teria caído da maca?

Estudos demonstraram que a presença de um acompanhante é de fundamental importância na evolução de toda a gestação, pois possibilita a diminuição do trabalho de parto, aumenta o sentimento de confiança, redução dos níveis de dor, por

consequência diminui a necessidade de uso de medicamentos e analgesia, menor necessidade de parto operatório ou instrumental, menor ocorrência de pânico e exaustão (Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, Violência Obstétrica “Pariras com Dor”, 2012).

A lei nº 11.108, de Abril de 2005 (ANEXO 1) também conhecida como Lei do Acompanhante (BRASIL, 2005), foi aprovada para assegurar às gestantes o direito de serem acompanhadas por alguém significativo do seu meio social ou familiar. A presença do acompanhante deve ser estimulada pelos profissionais de saúde e, além disso, devem ser fornecidas informações de como o provedor de apoio à gestante pode participar, realizando ações de suporte à mulher no trabalho de parto, parto e pós- parto imediato. Infelizmente, muitas maternidades ainda não cumprem as normativas instituídas pela Lei do Acompanhante e o que potencializa essa omissão por parte das instituições e dos profissionais de saúde é o desconhecimento das gestantes no que se refere aos seus direitos.

Recentemente, no dia 01/02/2014, realizei uma visita puerperal, de uma parturiente de 14 anos de idade, primigesta e que realizou todo o pré-natal na UBS (Unidade Básica de Saúde), além de acompanhamento com obstetra da referência. Muito embora ela tenha sido tranquilizada sobre a fisiologia do parto, possíveis intercorrências, procedimentos admissionais e assistenciais, e alertada sobre o direito que a lei garante à presença do acompanhante, ela ainda se mostrava muito apreensiva. Tal sentimento emergiu devido a conversa com outras mulheres que haviam parido numa maternidade pública de referência próxima à Ribeirópolis, mais precisamente da cidade de Itabaina- SE, e que tinham sofrido algum de tipo de violência obstétrica, quer fosse pela equipe de enfermagem, quer fosse pela equipe médica. Não foi surpresa alguma pra mim, quando ela relatou que logo quando foi entrar na sala de pré-parto

impediram que a mãe dela adentrasse a unidade. Certamente os níveis de ansiedade e de estresse aumentaram com a negação do direito ao acompanhante, sobretudo por se tratar de uma primigesta e tão jovem. Infelizmente, mais uma vez, a Lei 11.108 não se fez cumprir, pois a família não teve subsídios para interrogar sobre o desrespeito à lei, aliado à falta de conhecimento da própria equipe quanto a lei e seus benefícios na dinâmica do parto.

Dada essa constatação o presente trabalho tem como objetivo fundamental orientar as gestantes durante o acompanhamento pré-natal, sobre o direito que as mesmas possuem de terem um acompanhante durante trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, de sua livre escolha, além de dar subsídios para que as mesmas possam fazer valer tal direito.

Pretendemos, portanto, realizar atividades de educação em saúde por meio de organização de grupos de gestantes e exposição de uma cartilha, na qual estarão explicitadas as leis que regem o direito ao acompanhante no SUS, como também no setor privado.

Acreditamos que ao desenvolver tal projeto, podemos ajudar profundamente para que os índices de violência obstétrica possam diminuir e que relatos já tão conhecidos por nós, passem a ser cada vez mais raros. Além disso, já estão evidenciados, por meio de pesquisas outros benefícios relacionados à presença do acompanhante de escolha da mulher no momento do parto, dentre eles a redução de intercorrências, redução do parto tipo cesáreo desnecessários, diminuição de episiotomia sem consentimento ou ciência da cliente, etc. (Dossiê Elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Vigilância Contra as Mulheres, Violência Obstétrica, “Pariras com dor”, 2012)

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Desenvolver ações educativas no pré-natal relacionadas à presença do acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós- parto imediato.

2.2 Objetivos Específicos:

Discutir sobre a Lei do Direito ao Acompanhante nos Grupos de Gestantes;

Construir uma cartilha explicativo sobre a Lei do Direito ao Acompanhante;

Traçar estratégias, através do senso crítico desenvolvido, visando assegurar o direito ao acompanhante na maternidade.

3. SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Pré-Natal e Humanização

O Pré-Natal segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) consiste no acompanhamento da gestante, abordando tanto o aspecto físico, como o psicossocial. As intervenções realizadas pelos profissionais, tanto através de atividades educativas como preventivas, visam propiciar uma gestação saudável, o que por sua vez potencializará um parto sem intercorrências, conseqüentemente promovendo um nascimento tranquilo e com a criança menos propensa a riscos de saúde. Ainda a este respeito o Ministério da Saúde cita que segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) devem ser realizadas pelo menos 6 consultas de avaliação, no caso de pré-natal considerado de baixo risco, com agendamento mensal até a 28ª semana de gestação, intensificando-se o número de consultas à medida que se for se aproximando do período estimado para o fim da gravidez, ou seja, por volta da 40ª semana.

A principal porta de acesso ao pré-natal na saúde pública se dá através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), principalmente para usuárias do SUS (Sistema Único de Saúde). Dessa forma, faz-se necessário um trabalho de vigilância constante das ESF (Estratégia de Saúde da Família), as quais são essencialmente compostas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Técnico em Enfermagem, Enfermeiro e Médico, para captação mais precoce possível da nova gestante, já que, quanto mais rapidamente iniciarmos o acompanhamento, maior será o tempo a se trabalhar nos aspectos envolvidos na gestação. A este respeito Schirmer et al (2000) refere que a adesão ao pré-natal, por parte das mulheres, está diretamente atrelada à qualidade de assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais envolvidos. Como consequência

direta dessa interação, espera-se uma diminuição dos altos índices de mortalidade materna e perinatal identificados no Brasil.

Dadas as circunstâncias de fragilidade emocional e alterações físicas relacionadas ao momento da gestação, faz-se necessário um acolhimento logo a partir do pré-natal, a fim de garantir à mulher todo um suporte com intuito de promover uma boa evolução gestacional. Nesse momento o profissional deve estar apto a receber a gestante, valorizando os seus conhecimentos prévios, sua cultura, seu aspecto sócio-econômico, isentando-se de quaisquer tipos de preconceito, a fim de propiciar um maior entendimento sobre a percepção da mulher no que diz respeito à gestação e suas variáveis. Tal atuação permite uma intervenção assistencial mais eficaz quando necessária, além de aumentar o vínculo de confiança entre o prestador do serviço e o usuário. Outro aspecto a ser considerado e estimulado, é a presença e participação do pai já durante as consultas de pré-natal e durante as atividades educativas, o que contribuirá para uma maior sensação de segurança e conforto da mulher diante das modificações físico-emocionais existentes na gestação (BRASIL, 2006). Ainda sobre o aspecto da humanização o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p. 59) descreve:

“A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado”.

3.2 Parto e Humanização no Parto

Eis que chega ao momento tão esperado, o parto, o qual poderá consolidar um sonho por parte da gestante e de seus familiares. Nesse período crucial, faz-se necessária a intensificação dos cuidados destinados à futura puérpera, ou seja, o processo de humanização deverá ser intensificado, já que esse fator poderá influenciar diretamente o modo de nascimento, bem como determinar a percepção da experiência vivida pela mulher.

O processo de humanização no parto pode ser definido como um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que serão disponibilizados a fim de promover um parto e nascimento saudáveis, e como consequência disso, propiciar a prevenção de morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2001).

Porém, apesar de termos toda essa caracterização de como deveria ser o acolhimento da mulher na admissão da maternidade, na sala de pré-parto e parto, muitas vezes percebe-se uma maneira assistencial bem destoante da preconizada na teoria. Situação essa em que a mulher, rotineiramente, é descaracterizada, identificada como ser passivo do processo do parto. McCallum & Reis (2006) referem que as parturientes se mostram passivas e resignadas aos profissionais assistentes durante os períodos de pré-parto, propondo apenas que obedeçam imposições como: “*deitar e ficar quieta*” e “*fechar a boca, abrir as pernas e fazer força*”. Tal cenário descrito na assistência caracteriza também pode ser uma das definições de violência obstétrica.

3.3 Lei do Direito ao Acompanhante à Gestante

Refletimos que a assistência humanizada possibilita à gestante e sua família um ambiente favorável para um parto tranquilo e condições adequadas para o pós-parto. No entanto, identificamos que muitos fatores são responsáveis para assegurar à gestante

um cenário acolhedor e seguro. Para contribuir neste processo foi criada uma lei, cuja finalidade maior era de garantir à gestante um acompanhante, de sua livre escolha e durante todo o processo relacionado ao pré- parto , parto e puerpério imediato. A lei que garante esse direito é a Lei 11.108 de 07 de Abril de 2005, também chamada de Lei do acompanhante, sendo oriunda da alteração na Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Apesar da Lei do Acompanhante existir há mais de 8 anos, muitas das gestantes e seus familiares a desconhecem, e conseqüentemente não dispõem de subsídios ou argumentos para obterem o acesso livre ao acompanhante da parturiente. Muitos são os relatos de negação por parte das instituições no tocante a esse direito, algumas justificam falta de condições nas instalações, outras justificam gastos desnecessários ou exagerados durante o procedimento, outras relatam que aumentariam os casos de infecção hospitalar, exporiam as mulheres ao constrangimento da presença dos outros acompanhantes no mesmo local, às vezes a própria autoridade do médico é utilizada como obstáculo. Algumas vezes identificamos que familiares conseguem acompanhar o parto em instituições particulares sob cobranças pelo privilégio (Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para CPMI da Violência Contra as Mulheres,2012).

Segundo Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para CPMI da Violência Contra as Mulheres (2012, p.16):

“hoje em dia, reconhece-se que a presença de um acompanhante da escolha da mulher é a melhor “tecnologia” dispensável para um parto bem-sucedido: mulheres que tiveram suporte emocional contínuo durante o trabalho de parto e, no parto, tiveram menor probabilidade de receber analgesia, de ter parto operatório, e relatam maior satisfação com a experiência do parto.”

O mesmo estudo cita Hodnett et al.(2007), o qual refere que esse suporte emocional tem maior eficácia, quando o acompanhante é um membro familiar ao invés de ser apenas um membro da equipe, sobretudo, quando disponibilizado desde o início do trabalho de parto. Corroborando ainda com os benefícios relacionados à presença do acompanhante o ginecologista e obstetra Alberto Jorge Guimarães, ainda no Dossiê, afirma que a lei de 2005:

“A presença de uma pessoa da confiança da mulher, como o seu companheiro, traz benefícios para a gestante e ao bebê, como a diminuição das cirurgias cesarianas, necessidade de medicações para alívio da dor, redução do tempo de trabalho de parto e dos casos de depressão pós-parto”. (Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012, p. 22).

A Lei do Acompanhante, ou seja a Lei Federal nº 11.108 de 7 de Abril de 2005, que Garante o Direito ao Acompanhante no SUS e na Rede Privada, encontra-se em anexo no final desse trabalho (ANEXO 1).

Invariavelmente as leis permitem interpretações diferentes quanto ao que se encontra disposto no texto. Um dos questionamentos que surgiram na execução específica dessa lei foi referente à definição de qual o período que corresponderia ao pós-parto imediato. Como forma de se definir, esclarecer qual o tempo seria referente a esse período, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 2.418 do Ministério da Saúde, de 2 de dezembro de 2005, a qual se encontra anexada ao final desse trabalho (ANEXO 2).

Ao lermos a Portaria nº 2.418, na §2 percebe-se que o argumento de que o acompanhante geraria mais despesas às instituições perde totalmente sua força, já que descreve a responsabilização do pagamento à União, bastando para tal fim que a

unidade prestadora de serviço anexe todos os gastos referentes ao acompanhante, inclusive o das acomodações à AIH.

No tocante aos partos realizados no setor privado, pelos planos de saúde, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) acrescentou a cobertura do acompanhante ao rol de procedimentos e eventos em saúde na RN 167 em 2008, que foi substituída pela RN 211 em 2010, descrita integralmente em anexo (ANEXO 3).

Apesar da existência desta Resolução e da aparente clareza do texto existente, muitas instituições e planos de saúde negam esse direito adquirido, permitindo o acompanhante somente após pagamento de taxas extras, ou liberando o acesso somente aos que possuem os melhores planos. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para CPMI da Violência Contra as Mulheres (2012, p. 72) relata:

“Consegui ter acompanhante no parto. Mas como meu plano era enfermaria, tive acompanhante só por 24h após o parto, depois disso só nos horários de visita, uma hora pela manhã e uma hora pela tarde”.

Além disso, podem ocorrer os desconhecimento da Resolução Normativa nº211 e da Lei 11.108 pelos os próprios funcionários das instituições que garantiriam o cumprimento delas, como por exemplo o PROCON e ANVISA, como também imprecisão no tocante ao fluxo de busca de reivindicação. Segue-se um relato bem fiel, existente no Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres (2012), à respeito de uma usuária em Mogi das Cruzes- SP:

“Apesar de ter a Lei 11.108/05, a RDC 36 a RN 211/ANS impressas em mãos, a acompanhante de gestante foi barrada para entrar com a alegação de que a norma do hospital não permite acompanhantes, mas que seria possível caso houvesse pagamento de uma taxa. Decidi

comunicar a ANVISA, mas me repassaram para a Vigilância Estadual, depois pra a Municipal que alegou que a demanda não era com eles e não saberia para onde repassar. Liguei para a ANS, porém me informaram que eu deveria passar primeiro pela operadora do plano. O SAC da UNIMED estava com algum problema e não realizava o envio de mensagem. O PROCON municipal não possuía informações, e ficaram de dar a resposta depois”. Páginas 72,73.

Para complementação de citada Resolução a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância em Saúde) dispôs da Resolução nº 36, em Junho de 2008 das normas técnicas para prevenção de infecção hospitalar, adequação física das instituições prestadoras de serviços, humanização da assistência à parturiente e seus familiares.

4. METODOLOGIA

O trabalho foi desenvolvido na cidade de Ribeirópolis, estado de Sergipe, tendo como público alvo as gestantes que realizam pré-natal na Unidade de Saúde Djaume Francisco de Lima, na qual atuam quatro equipes de ESF (Estratégia de Saúde da Família). Utilizou-se o método de Paulo Freire com a valorização do conhecimento prévio de cada integrante, além da construção e reconstrução de conceitos e entendimento dos direitos da gestante, através de um diálogo aberto, com utilização de linguagem clara, objetiva e adequada ao grupo envolvido. A este respeito Traesel et al (2004) relatam que é preciso haver comunicação e linguagem clara, pra que essa prática aconteça, permitindo que o usuário se aproprie de conhecimento técnico sem descaracterizar o conhecimento popular, desencadeando no usuário a responsabilização pelo cuidado de sua saúde. Corroborando com a relativa simplicidade do método para a abordagem dos assuntos elencados, investimos no esclarecimento prévio sobre os assuntos que seriam abordados com o intuito de não tornarmos a discussão um elemento intimidador. Vasconcelos (2006) refere que a educação popular em saúde realiza ações que envolvem dimensões do diálogo, do respeito, e da valorização do saber popular, sendo considerada mais integral e adequada à vida da população, representando uma prática de saúde onde não há domínio de um saber sobre outro, mas uma interação especificamente humana entre valores, pensamentos e sentimentos, através de um aprofundamento da intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade.

Os encontros deveriam ter acontecido quinzenalmente, no auditório da Unidade Básica Djaume Francisco de Lima, com duração de aproximadamente uma hora, no turno vespertino. Porém devido a problemas pessoais e operacionais, só foi

possível realizar uma atividade em outra Unidade de Saúde de Eustáquio de Andrade, na qual atua somente a minha ESF. As gestantes convidadas a participar, foram convidadas pelos ACS (Agentes Comunitários de Saúde) de cada área específica. Infelizmente por conta dessa alteração houve uma redução do grupo a ser trabalhado e, assim, houve a participação de 8 gestantes.

Realizei a criação de uma cartilha à respeito da Lei do Direito ao Acompanhante baseado nas leis encontradas nos sites e manuais do Ministério da Saúde e demais referências bibliográficas relatadas na introdução e na discussão do presente trabalho. A cartilha (APÊNDICE A) foi criada com o objetivo de abordar o assunto de uma forma clara e objetiva, tendo como finalidade torná-la mais atraente aos olhos e, conseqüentemente, à leitura e não apenas somente a aquisição de mais um folheto ou cartilha a ser guardada e esquecida.

Após definirmos um número aproximado de participantes do quantitativo real a ser trabalhado, prosseguimos os trabalhos com dinâmicas de grupo, na qual houve apresentação dos atores envolvidos, ou seja, a apresentação de cada gestante, da idade gestacional, dos membros da equipe envolvidos, das expectativas sobre a atividade. Em um segundo momento, houve a explanação sucinta sobre qual o trabalho será realizado, verificação de conhecimentos prévios das gestantes, posteriormente com abordagem do mesmo, culminando com a conscientização e internalização desse direito, como também tentamos sugerir e discutir possibilidades de como assegurá-lo. Concomitante a essas atividades grupais, realizaremos o levantamento bibliográfico acerca dos conteúdos abordados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atividade grupal sobre o assunto do qual esse trabalho aborda, ou seja, da Lei do Direito ao Acompanhante começou de uma maneira meio que enigmática, com um suspense no ar. Isso talvez pela própria forma que os ACS as convidaram para a atividade. Talvez, o convite tenha sido feito da seguinte maneira: Compareçam que o Enfermeiro vai fazer uma palestra que fala de uma Lei sobre os direitos das gestantes. Relato isso, pois podia perceber o sentimento de dúvida, de inquietação antes de iniciarmos nosso trabalho propriamente dito. Infelizmente só pudemos contar com um quantitativo de 8 gestantes, pois além da mudança inesperada do local da atividade, houve um evento local, o que por sua vez mobilizou grande parte do grupo a ser trabalhado, além do fato real de termos a dificuldade de atrairmos a população que vive de atividade informal, para eventos educativos. Fomos todos apresentados previamente, os membros da equipe e as gestantes. Sendo que cada gestante também informou sobre em que idade gestacional se encontrava, a quantidade de gestações anteriores, além de quais tipos de parto já tinham sido submetidas.

Utilizamos para o desenvolvimento das atividades a técnica de Paulo Freire, ou seja, valorizando os conhecimentos prévios e experiência de cada uma no tocante à Lei do Direito ao Acompanhante. Não foi surpresa alguma ao identificarmos que de todas ali presentes, nenhuma delas sequer havia ouvido se quer falar na Lei do Direito ao Acompanhante, inclusive os próprios profissionais que ali estavam me apoiando na atividade, neste caso, as ACS e uma técnica de Enfermagem. Tal fato concorda com o relatado no Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para CPMI da Violência Contra as Mulheres (2012), ou seja, que a grande parte da população atendida tanto em

instituições particulares e públicas, além dos diversos profissionais envolvidos no processo, médicos, enfermeiro, técnicos de enfermagem, parteiras, são realmente desconhecedores da Lei.

À medida que fui abordando de forma bem despojada e mais clara possível, conforme a sugerida por Traesel *et al* (2004), de forma que elas se apropriassem do assunto, sem se sentirem constrangidas ou inibidas por não possuírem ainda tantos subsídios e argumentos na participação da discussão. Mas eu as tranquilizei, dizendo que o objetivo maior do meu trabalho era justamente esse, fazer com que a Lei fosse conhecida e que aos poucos nós fôssemos lutando pelos nossos direitos adquiridos. Obviamente alertei de que não seria tão fácil assim, mas que o próprio conhecimento e domínio da lei já é um começo para uma possível mudança de comportamento tanto das clientes e seus acompanhantes, como também dos profissionais da assistência na maternidade.

Percebi, após os primeiros momentos da atividade, que as gestantes sentiam-se à vontade para falar e não existiam sentimentos como vergonha ou receio, pois formávamos um grupo homogêneo, em que todos tinham espaço para falar sobre suas inquietações. A partir de então começaram a emergir nos relatos as experiências e vivências de cada uma, sublinhando nas entrelinhas algum tipo de violência durante o atendimento, quer tenha sido no pré-parto, parto, no pós-parto. Algo que chamou a atenção é que todas as gestantes participantes da atividade narraram alguma experiência negativa, inclusive algumas gestantes que haviam recebido acompanhamento do parto no sistema privado de saúde. Destaca-se, de maneira crítica e bem fundamentada, que as 8 gestantes participantes reafirmaram em seus relatos o que muitos estudos já trouxeram como resultados. Venturi *et al* (2010) pondera que um percentual de 25% das mulheres atendidas tanto na rede do SUS, como na rede privada, foram vítima de alguma forma

de agressão durante o período da gravidez ou mesmo no parto. É importante elucidar que as participantes desta atividade de educação em saúde citaram apenas eventos relacionados ao parto propriamente dito, pois não chegamos a abordar aspectos das consultas de pré-natal, o que poderia, por sua vez, potencializar a nuance da violência obstétrica nos resultados.

Imediatamente após nos despojarmos da inibição individual, oportunizamos espaço para que todas as participantes usufríssem dessa atividade e pudessem expressar verbalmente como estavam se sentindo e qual o conhecimento poderiam trazer para contribuir para o crescimento do grupo. As gestantes foram, paulatinamente, abordando as formas como foram vítimas da violência obstétrica – apesar do encontro não ter sido direcionado para a violência obstétrica observamos que esse aspecto foi o mais mencionado pelas participantes, reforçando a necessidade de abordar tal temática nos grupos de gestantes.

Houve um depoimento de uma participante foi emocionante, a qual narrou a história de já ser mais o meu primeiro parto, já sabia como as enfermeiras tratavam as mulheres escandalosas, aquelas que ficavam chorando, gritando, gemendo de dor. Referiu que por medo de ser mal tratada, fechava a boca e aguentava toda dor ali quietinha. Disse que suportou horas, horas de dor caladinha, engoliu meu choro. Falou que chegou a olhar pra colega de leito, que se encontrava ao lado, gritando desesperadamente, então chegou a orientar pra que não agisse assim, porque as enfermeiras vão demorar mais tempo ainda pra lhe atenderem, vão lhe xingar, vão fazer o exame de toque com mais raiva e você vai sentir mais dor e sofrer. Nesse exato momento eu intervi e fiz um questionamento a todos presentes: Será que se você estive acompanhada por alguém de sua confiança, alguém teria coragem de lhe tratar tão mal assim? Será que você precisaria ter medo do comportamento de determinados

profissionais? Precisaria ter engolido seu choro, ter sofrido calada? A resposta ouvida: Por unanimidade, foi que achavam que tudo poderia ser diferente com alguém de proximidade apoiando em todos os aspectos, tanto no físico como no psicológico.

Percebemos nas duas situações acima relatadas a ausência do cuidado humanizado e a forte presença da violência obstétrica. Concordamos com o Ministério da Saúde (BRASIL,2012) quando pondera que a humanização do cuidado, desde o período do pré-natal até o momento do parto, propicia uma redução significativa de distócias e possibilita à mulher e sua família uma experiência positiva e satisfatória. Com relação à violência obstétrica propriamente dita, o Dossiê Elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Vigilância Contra as Mulheres, Violência Obstétrica, "Pariras com dor" (2012), refere que a presença de um acompanhante de vínculo de confiança da futura puérpera é de fundamental importância pra dinâmica de todo o processo, pois ajuda na redução dos níveis de ansiedade, medo, sentimentos negativos, aumenta a auto- confiança da cliente, conseqüentemente também ajuda na redução do uso de medicamentos analgésicos e estimulantes de contrações uterinas, inibe a ação inadequada do profissional que está prestando assistência naquele momento, reduz a realização de procedimentos como episiotomia e cesarianas desnecessárias. Hodnett *et al* (2007) reforça essa importância do acompanhante e ressalta que ele será mais significativa, quanto maior for o vínculo afetivo existente.

A apresentação da cartilha se deu através da utilização do método áudio-visual do Datashow, com esses recursos abordamos sucintamente e de forma bem sutil as leis a serem trabalhadas. Após esse momento, entreguei em mãos as referidas cartilhas e lemos, interpretando cada elemento referente às leis. Tamanho foi meu espanto, pois as gestantes se mostraram realmente participativas e interessadas no entendimento do que se tratava a lei, isso porque eu relatei que quanto maior fosse o

conhecimento à respeito, maior seria a capacidade de argumentação e conseqüentemente de argumentação diante da instituição a ser realizado o parto. Infelizmente nesse exato momento não pude entregar as cartilhas, pois fiz uso de uma imagem não autorizada, tive que recolher, realizar as adequações cabíveis, pra final haver a entrega definitiva.

O desenvolvimento das ações de educação em saúde, mencionadas acima, demonstraram que meus objetivos iniciais estavam concretizados, pois havia conseguido realizar todas as atividades relacionadas à presença do acompanhante propostas, consegui construir uma cartilha de fácil entendimento e aceitação por parte das gestantes e, o mais importante de tudo, consegui demonstrar às gestantes que elas não estão sozinhas, que existem leis que lhes possibilitam um atendimento mais digno, reduzindo riscos e apoiando a presença da família no momento do parto.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Eis que conseguimos finalmente concluir esta empreitada tão dura e árdua, que se iniciou de forma tão incerta e insegura. Quantas vezes pensei em desistir? Que problema abordar? O quê realmente seria relevante para dar como contribuição à minha profissão ou sociedade? Só existiam dúvidas, incertezas e pensamentos negativos. Mas aí eu ouvia as palavras de incentivo de minha tutora Ana Maria Fernandes Borges: “Daniel, você sempre teve bons desempenhos nas atividades desenvolvidas. Mostra-se um profissional comprometido e preocupado com a sua atuação assistencial cotidiana. Não desista! Você é capaz!”. Concomitantemente a esse incentivo houve o apoio de amigos e amigas, dentre elas Sônia Brito, amiga de todos os momentos. Das enfermeiras Carla O Menezes, Viviane de Jesus Chagas, das demais colegas de trabalho, minhas Agente Comunitárias de Saúde: Valdineide Pacheco, Maria Leila, Sônia Brito, Gislane Oliveira, Meiriele e Juliana.

Além dessas pessoas sempre existiram a força e apoio de minha família, que esteve sempre ao meu lado incondicionalmente, nos momentos mais difíceis de minha vida, sobretudo, nesses últimos dois meses finais em que fui acometido por uma situação pessoal, que por sua vez originou uma situação clínica, pra mim, jamais imaginável. Agradeço a minha vida ao meu pai Sr, Getúlio Campos de Vasconcelos, meu irmão José Carlos Vasconcelos, Marta Maria Bomfim Santos, Ludmila Belle Pazzine. Mas principalmente à minha mãe, que hoje dia 19 de março estaria completando mais um ano de vida, mas infelizmente virou anjo de luz há quase 5 anos e sei que ela onde estiver, sempre esteve e estará me guiando e velando por minha saúde, meu bem-estar e minha felicidade. Para ela, Maria José Andrade, com certeza a melhor

mãe do mundo, indiscutivelmente a pessoa que mais me amou, e que não hesitaria um segundo em doar a própria vida por mim, aqui vai minha maior declaração de amor. Mãe eu lhe amo, sempre lhe amei, e jamais lhe esquecerei enquanto vida tiver. Eu consegui, tenho certeza de que lhe dei mais uma vez momentos de orgulho.

E como esquecer outro anjo da guarda que me apareceu, a minha orientadora Carolina Junges, a qual sempre foi tão paciente, presente, prestativa, incentivadora, inclusive me dando forças ao saber dos meus problemas pessoais. Eu em algum momento disse a ela: “eu sempre cumprio o prometido e termino o que começo, não importa como. Mas sempre cumprio e dessa vez não será diferente!”. Pois bem, minha querida orientadora, aqui estamos ao final do trabalho e saiba que você foi de fundamental importância para tal realização.

Durante o desenvolvimento do trabalho acho que minha condição de saúde foi o maior empecilho, pois nunca fui submetido a tanta dor e sofrimento em tão curto espaço de tempo. Mas consegui, digo, conseguimos através da ajuda de Deus, familiares, amigos, meus pacientes, meu trabalho. A nossa vitória está materializada aqui nessas linhas.

Existiram outras dificuldades, como a existência de limitação de materiais escritos e trabalhos relacionados ao assunto abordado, pois imaginei que existiria um material bem mais vasto e disponível. Mas estava enganado, pois existem poucos estudos que abordam a presença do acompanhante no trabalho de parto e parto no pré-natal. Tal evidência foi determinante para o desenvolvimento deste trabalho e para a limitação das referências bibliográficas existentes aqui.

Infelizmente não realizei tantas atividades quanto gostaria e havia planejado, mas agora tenho um projeto aplicativo em minhas mãos e que certamente não

abdicarei de usá-lo a fim de ajudar e servir a população. Esse projeto foi indubitavelmente enriquecedor tanto do aspecto profissional, como no pessoal, pois me possibilitou à aquisição não só do conhecimento da Lei do Direito ao Acompanhante, mas também de suas nuances relacionadas, por vezes esquecidas ou até mesmo desconhecidas. Certamente esse projeto servirá como base de pesquisa para novos questionamentos relacionados ao tema, o quê, por sua vez, ocasionará mais enriquecimento no campo do conhecimento científico e crescimento na área da Enfermagem.

Gostaria de reforçar que as atividades de educação em saúde desenvolvidas no pré-natal mobilizaram as gestantes a refletirem sobre seus direitos, além de acender debates no que se refere à violência obstétrica. Tal temática está sendo muito trabalhada nos dias atuais, pois ainda são alarmantes os índices de mortalidade materna em nosso país. Assim, pondero, com fundamentação teórica e prática, que o empoderamento dessas mulheres é um dos passos para a efetivação do cuidado humanizado.

Além disso, vislumbro, a partir da construção da cartilha e da oficina realizada, que atividades de aproximação com a comunidade são ferramentas essenciais para consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Demonstrar as gestantes o seu protagonismo no momento do parto é primordial para que possamos assegurar os seus direitos no instante em que ingressam na maternidade. Possibilitar a presença do acompanhante de escolha da mulher reduz as chances da ocorrência da violência obstétrica e torna o momento do parto mais tranquilo, reduzindo experiências negativas.

Tenho total certeza de que tudo valeu a pena, porque pude sentir a gratidão, a mudança comportamental que gerei nas minhas tão queridas gestantes. Elas sentiram que o parto não deve ser sinônimo de sofrimento, e sim de uma bênção, do milagre do

nascimento de uma nova vida. E que ao contrário do que tem ocorrido, deve ser celebrado e agradecido sempre a Deus.

E como diria a música: *“começaria tudo outra vez. Se preciso fosse meu amor. A chama no peito ainda queima saiba. Nada foi em vão!”*. Começaria tudo outra vez- Gonzaguinha.

Essa música representa o sentimento que ainda teimo em ter dentro do meu peito no tocante à minha tão, muitas vezes, desvalorizada profissão. Mas a sensação e sentimento de ver os rostos mais serenos e sentir a esperança nas minhas gestantes deu-me uma sobrevida.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao Pré- Natal de Baixo Risco. Brasília 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico. Pré- Natal e Puerpério. Atenção Qualificada e Humanizada. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos Caderno nº 5. Brasília 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Assistência Integral da Saúde da Mulher, Princípios e Diretrizes. Brasília 2004. Página 59.

Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Violência Obstétrica, “ Pariras com Dor”, 2012. Páginas 16; 22; 72;73.

Equipe de Enfermagem e o acompanhante no parto em um hospital público de Porto Alegre, em < http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n1/pesquisa/p1_v4n1.pdf > Acesso em 18 de Março de 2014.

Assistência ao parto com a presença do acompanhante: Experiências de profissionais, em < http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000100008 > Acessado em 18 de Março de 2014.

Lei do Direito ao Acompanhante. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm >. Acesso em: 03 de Fevereiro de 2014.

McCallum C, Reis AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública 2006; 22: 1483-91.

Resolução nº 36 da ANVISA, disponível : <
<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdc/RDC%20N%C2%BA%2036-2008.pdf> > . Acesso em: 04 de Fevereiro de 2014.

SCHIRMER, J. [et al] Assistência Pré-Natal: manual técnico. 3 ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde- SPS/ Ministério da Saúde, 2000.

TRAESEL C.A. Educação em saúde; fortalecendo a autonomização do usuário. In: Acolher Chapecó. São Paulo: Hucitec, 2004.

ANEXOS

ANEXO 1

Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005

Art. 19-J Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde- SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós- parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata a caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

Anexo II: Portaria nº 2.418 do Ministério da Saúde, de 2 de dezembro de 2005

Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós- parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde- SUS.

Art. 1º Regular, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença do acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós- parto imediato nos hospitais públicos, conveniados com o Sistema Único de Saúde- SUS e particulares.

§ 1º Para efeito desta Portaria entende-se o pós- parto imediato como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

§ 2º Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS das despesas previstas com acompanhante no trabalho de parto, parto e pós- parto imediato, cabendo ao gestor a devida formalização dessa autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar- AIH.

§ 3º No valor da diária de acompanhante, estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições.

Art. 2º Os hospitais têm prazo de 6 (seis) meses para tomar as providências necessárias ao atendimento disposto nesta Portaria.

Art. 3º Esta Portaria entra vigor na data de sua publicação

Anexo III: **Resolução Normativa nº 211 da ANS, em 11 de Janeiro de 2010.**

Art. 19. O plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no artigo 18 desta Resolução, acrescida dos procedimentos relativos ao pré- natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

I – cobertura das despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós- parto imediato, conforme asseguarção pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha substituí-la.

Anexo IV: **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 03 de Junho de 2008.**

RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 36, DE 03 DE JUNHO DE 2008.(*)

Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11 do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da Anvisa, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 29 de maio de 2008, e

considerando as disposições constitucionais e a Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde como direito fundamental do ser humano;

considerando o disposto na Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências, e que em seu artigo 7º, parágrafos II e XIV estabelece a competência da Anvisa para regulamentar, controlar e fiscalizar produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública;

considerando a Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e que, em seu Art. 17, § 3º, imputa responsabilidades às operadoras de planos de saúde, nos casos de descumprimento das normas sanitárias em vigor por prestadores de serviço de saúde, que façam parte de sua rede credenciada;

considerando o lançamento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 08 de março de 2004, pela Presidência da República e o disposto na Portaria MS/GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova o Pacto pela Saúde 2006 e estabelece como metas a redução da mortalidade infantil e materna;

considerando que parto e nascimento são acontecimentos de cunho familiar, social, cultural e preponderantemente fisiológico;

considerando a Política de Humanização do Parto e Nascimento, instituída pela Portaria GM/MS n. 569, de 01 de junho de 2000, e a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde, implementada pelo Ministério da Saúde em 2003;

considerando a necessidade de instrumentalizar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e estabelecer parâmetros para funcionamento e avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal;

considerando que as ações de vigilância sanitária são indelegáveis e intransferíveis, exercidas por autoridade sanitária Federal, Estadual, do Distrito Federal e Municipal, que terá livre acesso aos estabelecimentos e aos ambientes sujeitos ao controle sanitário de que trata esse regulamento;

considerando a Portaria Anvisa n. 26, de 12 de janeiro de 2007, que instituiu o Grupo de Trabalho para discussão e apresentação de propostas para o funcionamento dos Serviços de Atenção ao Parto e Nascimento e a publicação da Consulta Pública da

Anvisa n. 109, de 14 de novembro de 2007, que definiu prazo de 90 dias para que fossem apresentadas críticas e sugestões relativas ao documento proposto,

adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Aprovar a Resolução que regulamenta o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e seus anexos.

Art. 2º Estabelecer que a construção, reforma ou adaptação na estrutura física dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ser precedida de avaliação e aprovação do projeto físico junto à autoridade sanitária local, em conformidade com a RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002, e RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003.

Parágrafo único. Os itens da RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002, referentes à atenção obstétrica e neonatal passam a vigorar conforme o Anexo II desta Resolução.

Art. 3º Estabelecer que todos os atos normativos mencionados neste regulamento, quando substituídos ou atualizados por novos atos, terão a referência automaticamente atualizada em relação ao ato de origem.

Art. 4º Estabelecer que todos os serviços em funcionamento, abrangidos por esta RDC, têm o prazo de 180 dias para se adequarem ao preconizado neste regulamento.

Parágrafo único. Os itens relativos à infra-estrutura física dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal devem ser atendidos quando forem realizadas reformas ou ampliações de serviços existentes, construções novas ou quando determinado pela vigilância sanitária local.

Art. 5º O descumprimento das determinações deste Regulamento Técnico constitui infração de natureza sanitária, sujeitando o infrator a processo e penalidades previstos na Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXO 2

REGULAMENTO TÉCNICO PARA FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL

1. OBJETIVO

Estabelecer padrões para o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente.

2. ABRANGÊNCIA

Este Regulamento Técnico se aplica aos serviços de saúde no país que exercem atividades de atenção obstétrica e neonatal, sejam públicos, privados, civis ou militares, funcionando como serviço de saúde independente ou inserido em hospital geral, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

3. DEFINIÇÕES

3.1 Acolhimento: modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários.

3.2 Ambiência: ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais que devem estar relacionados a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana.

3.3 Higienização das mãos: medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência. O termo engloba a

higienização simples, a higienização anti-séptica, a fricção anti-séptica e a anti-sepsia cirúrgica das mãos.

3.4 Humanização da atenção e gestão da saúde: valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas, garantindo o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha), e a valorização do trabalho e dos trabalhadores.

3.5 Método Canguru: modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção bio-psico-social. Inclui o contato pele-a-pele precoce e crescente, pelo tempo que a mãe e o bebê entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais.

3.6 Quarto PPP: ambiente com capacidade para 01 (hum) leito e banheiro anexo, destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (primeira hora após a dequitação).

3.7 Quarto de alojamento conjunto: ambiente destinado a assistência a puérpera e seu recém nascido, após a primeira hora de dequitação, com capacidade para 01(hum) ou 02 (dois) leitos e berços, com banheiro anexo,

3.8 Enfermaria de alojamento conjunto: ambiente destinado a assistência a puérpera e seu recém nascido, após a primeira hora de dequitação, com capacidade de 03 (três) a 06 (seis) leitos e berços, com banheiro anexo.

3.9 Profissional legalmente habilitado: profissional com formação superior, inscrito no respectivo Conselho de Classe, com suas competências atribuídas por Lei.

3.10 Relatório de transferência: documento que deve acompanhar a paciente e o recém-nascido em caso de remoção para outro serviço, contendo minimamente a identificação da paciente e do recém nascido, resumo clínico com dados que justifiquem a transferência e descrição ou cópia de laudos de exames realizados, quando existentes.

3.11 Responsável Técnico - RT: profissional legalmente habilitado, que assume perante a vigilância sanitária a responsabilidade técnica pelo serviço de saúde.

3.12 Usuário: compreende tanto a mulher e o recém-nascido, como seu acompanhante, seus familiares, visitantes (usuários externos), o trabalhador da instituição e o gestor do sistema (usuários internos).

4. CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS

4.1. O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve adotar as normas dispostas neste Regulamento Técnico.

4.2 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal com CNPJ próprio deve possuir alvará de licenciamento atualizado, expedido pela vigilância sanitária local.

4.3 Todo Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal com CNPJ próprio deve estar inscrito e manter seus dados atualizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

4.4 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve contar com infra-estrutura física, recursos humanos, equipamentos e materiais necessários à operacionalização do serviço, de acordo com a demanda e modalidade de assistência prestada.

4.5 A direção e o responsável técnico do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal têm a responsabilidade de planejar, implantar e garantir a qualidade dos processos e a continuidade da assistência.

4.6 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve implantar e manter em funcionamento comissões, comitês e programas definidos em normas pertinentes, em especial a comissão ou comitê de análise de óbitos maternos, fetais e neonatais.

4.7 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ter documento formal estabelecendo os serviços de referência e contra-referência, para garantir a continuidade da atenção.

4.7.1 As ocorrências relacionadas à referência e contra-referência devem ser registradas no prontuário de origem.

4.7.2 Os procedimentos de referência e contra-referência devem ser acompanhados por relatório de transferência legível, com identificação e assinatura de profissional legalmente habilitado, que passará a integrar o prontuário no destino.

4.8 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve dispor de normas, protocolos e rotinas técnicas escritas e atualizadas, de fácil acesso a toda a equipe de saúde.

4.9 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve cumprir as normas pertinentes do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

4.10 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal que realiza partos cirúrgicos deve possuir estrutura e condições técnicas para realização de partos normais sem distócia, conforme descrito neste Regulamento.

5. INFRA-ESTRUTURA FÍSICA

5.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve dispor de infra-estrutura física baseada na proposta assistencial, atribuições, atividades, complexidade, porte, grau de risco, com ambientes e instalações necessários à assistência e à realização dos procedimentos com segurança e qualidade.

5.2 A infra-estrutura física do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve atender aos requisitos constantes no Anexo II desta Resolução, que alteram os itens referentes à atenção obstétrica e neonatal da RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002.

6. RECURSOS HUMANOS

6.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ter equipe dimensionada, quantitativa e qualitativamente, atendendo as normatizações vigentes, e de acordo com a proposta assistencial e perfil de demanda.

6.2 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ter um responsável técnico (RT) e um substituto, legalmente habilitados pelo respectivo conselho de classe.

6.2.1 A vigilância sanitária local deve ser notificada sempre que houver alteração do RT ou de seu substituto.

6.3 A direção e o RT do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal têm a responsabilidade de planejar e adotar ações para garantir a qualidade dos processos, incluindo:

a) coordenação da equipe técnica;

b) adoção de ações e medidas de humanização;

c) elaboração de protocolos institucionais, em conformidade com normas vigentes e evidências científicas;

d) supervisão do pessoal técnico por profissional de nível superior legalmente habilitado durante o seu período de funcionamento;

e) avaliação dos indicadores do serviço;

f) rastreabilidade de todos os seus processos.

6.4 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve garantir educação permanente para os trabalhadores, priorizando o controle, prevenção e eliminação de riscos sanitários, em conformidade com as atividades desenvolvidas.

6.4.1 As ações de educação permanente devem ser registradas, contendo nome do responsável, especificação de conteúdo, lista de participantes assinada, data e período de duração das atividades.

6.5 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve garantir a proteção das informações confidenciais dos usuários.

6.6 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve dispor de profissionais legalmente habilitados, capacitados e responsáveis pelas seguintes atividades:

a) atendimento humanizado e seguro às mulheres, recém-nascidos, acompanhantes, familiares e visitantes;

b) indicação e realização de procedimentos de forma individualizada e baseada nos protocolos institucionais;

c) identificação de complicações obstétricas e neonatais para a imediata assistência ou encaminhamento a serviço de referência;

d) participação nas ações de educação permanente;

e) atendimento às urgências e emergências.

6.7 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve manter em local visível a escala dos profissionais, incluindo plantão, com nome, número do registro em conselho de classe, quando couber, e horário de atendimento.

7. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

7.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve possuir equipamentos, materiais e medicamentos de acordo com sua complexidade e necessidade de atendimento à demanda.

7.2 Os serviços que prestam assistência ao parto normal sem distócia devem ter disponíveis os seguintes equipamentos e materiais:

7.2.1 estetoscópio clínico;

7.2.2 esfigmomanômetro;

7.2.3 fita métrica;

7.2.4 estetoscópio de Pinard ou sonar (detector fetal);

7.2.5 amnioscópio;

7.2.6 mesa auxiliar;

7.2.7 foco de luz móvel;

7.2.8 instrumental para exame ginecológico, incluindo espéculo vaginal e pinça de Cheron;

7.2.9 material necessário para alívio não farmacológico da dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto, tais como:

a) barra fixa ou escada de Ling;

b) bola de Bobat ou cavalinho;

7.2.10 instrumental para parto normal;

7.2.11 mesa para refeição;

7.2.12 camas hospitalares reguláveis ou cama para pré-parto, parto e pós-parto, 01 (uma) por parturiente;

7.2.13 poltrona removível destinada ao acompanhante, 01 (uma) para cada leito;

7.2.14 relógio de parede com marcador de segundos, 01 (um) por ambiente de parto.

7.3 Os serviços que prestam assistência ao parto normal sem distócia podem ter, como opcionais, os seguintes equipamentos e materiais:

7.3.1 cardiotocógrafo;

7.3.2 mesa para exame ginecológico;

7.3.3 escada com dois lances;

7.3.4 mesa de cabeceira.

7.4 Os serviços que realizam assistência ao parto normal e cirúrgico, independente de sua complexidade, devem ter disponíveis, além dos equipamentos e materiais descritos no item 7.2:

7.4.1 glicosímetro;

7.4.2 material para cateterismo vesical;

7.4.3 instrumental para cesariana;

7.4.4 material para AMIU e curetagem uterina;

7.4.5 bisturi elétrico;

7.4.6 instrumental para histerectomia;

7.4.7 material anestésico;

7.4.8 oxímetro de pulso;

7.4.9 bomba de infusão;

7.4.10 monitor cardíaco;

7.4.11 aspirador;

7.4.12 mesa para parto cirúrgico;

7.4.13 foco cirúrgico de teto;

7.4.14 material de emergência para reanimação, composto por desfibrilador, carro ou maleta de emergência contendo medicamentos, ressuscitador manual com reservatório, máscaras, laringoscópio completo, tubos endotraqueais, conectores, cânulas de Guedel e fio guia estéril, 01 (um) para cada posto de enfermagem;

7.4.15 medicamentos para urgência e emergência clínica:

a) Antiarrítmico;

b) Anti-hipertensivo;

c) Barbitúrico;

d) Benzodiazepínico;

e) Broncodilatador;

f) Diurético;

g) Drogas vasoativas, incluindo vasodilatador e vasoconstritor coronarianos;

h) Glicose hipertônica e isotônica;

i) Solução fisiológica;

j) Água destilada.

7.4.16 medicamentos básicos para uso obstétrico:

a) Ocitocina, misoprostol e uterotônicos;

b) Inibidores da contratilidade uterina;

c) Sulfato de magnésio 20% e 50%;

d) Anti-hemorrágico;

e) Hidralazina 20 mg;

f) Nifedipina 10 mg;

g) Aceleradores da maturidade pulmonar fetal;

h) Antibióticos;

i) Anestésicos;

j) Analgésicos.

7.5 Os serviços que realizam assistência ao parto normal e cirúrgico, independente de sua complexidade, podem ter como opcionais os seguintes materiais:

7.5.1 instrumentos para parto vaginal operatório, incluindo fórceps de Simpson, Kjeelland e Piper de tamanhos variados e vácuo extrator.

7.6 O serviço deve dispor dos seguintes equipamentos, materiais e medicamentos para o atendimento imediato ao recém-nascido:

7.6.1 clampeador de cordão;

7.6.2 material para identificação da mãe e do recém-nascido;

7.6.3 balança para recém-nascido;

7.6.4 estetoscópio clínico;

7.6.5 oxímetro de pulso;

7.6.6 mesa de três faces para reanimação com fonte de calor radiante;

7.6.7 material para aspiração: sondas traqueais sem válvula números 4, 6, 8, 10, 12 e 14; sondas de aspiração gástrica 6 e 8; dispositivo para a aspiração de mecônio na traquéia;

7.6.8 material para ventilação (balão auto-inflável de 500 e de 750 mL, reservatório de oxigênio aberto ou fechado, com válvula de segurança com escape entre 30-40 cm H₂O ou manômetro);

7.6.9 máscaras faciais para recém-nascidos a termo e pré-termo;

7.6.10 material para intubação: laringoscópio com lâminas retas tamanhos 0 e 1, cânulas traqueais de diâmetro uniforme sem balonete tamanhos 2,5; 3,0; 3,5; 4,0 mm e fio guia estéril opcional;

7.6.11 material para cateterismo umbilical;

7.6.12 medicamentos:

- a) Adrenalina diluída 1:10.000;
- b) Solução fisiológica;
- c) Bicarbonato de sódio 4,2%;
- d) Hidroclorato de Naloxona;
- e) Vitamina K.

7.6.13 material para drenagem torácica e abdominal;

7.6.14 plástico protetor para evitar perda de calor.

7.6.15 Os serviços que prestam assistência exclusiva ao parto normal sem distócia devem ter disponíveis os equipamentos e materiais descritos nos itens 7.6.1, 7.6.2, 7.6.3, 7.6.4, 7.6.5, 7.6.6, 7.6.7, 7.6.8, 7.6.9 e 7.6.14.

7.7 O serviço deve dispor dos seguintes equipamentos, materiais e medicamentos para atendimento ao recém-nascido no alojamento conjunto:

7.7.1 berço de material de fácil limpeza, desinfecção e que permita a visualização lateral.

7.7.2 bandeja individualizada com termômetro, material de higiene e curativo umbilical;

7.7.3 estetoscópio clínico;

7.7.4 balança para recém-nascido;

7.7.5 régua antropométrica e fita métrica de plástico;

7.7.6 aparelho de fototerapia, 01 (um) para cada 10 berços;

7.7.7 oftalmoscópio;

7.7.8 material de emergência para reanimação, 01 (um) para cada posto de enfermagem, composto por:

a) desfibrilador;

b) carro ou maleta contendo medicamentos, ressuscitador manual com reservatório, máscaras, laringoscópio completo, tubos endotraqueais, conectores, cânulas de Guedel e fio guia estéril, apropriados para adultos e recém-nascidos;

7.7.8.1 O carro ou maleta de emergência pode ser único para atendimento materno e ao recém-nascido.

7.7.9 aspirador com manômetro e oxigênio;

7.7.10 glicosímetro.

7.8 Os serviços que prestam assistência exclusiva ao parto normal sem distócia devem ter disponíveis os equipamentos e materiais descritos nos itens 7.7.1, 7.7.2, 7.7.3, 7.7.4 e 7.7.5, 7.7.9 e 7.7.10.

8. ACESSO A RECURSOS ASSISTENCIAIS

8.1 O serviço deve dispor ou garantir o acesso, em tempo integral, aos seguintes recursos assistenciais, diagnósticos e terapêuticos, de acordo com o perfil de demanda, tipo de atendimento e faixa etária:

8.1.1 Laboratório clínico;

8.1.2 Laboratório de anatomia patológica;

8.1.3 Serviço de ultrassonografia, incluindo Dopplerfluxometria;

8.1.4 Serviço de ecocardiografia;

8.1.5 Assistência hemoterápica.

8.1.5.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal que realiza mais de 60 (sessenta) transfusões por mês deve ter, no mínimo, uma agência transfusional em suas instalações, conforme disposto na RDC/Anvisa n. 153, de 14 de junho de 2004.

8.1.6 Assistência clínica cardiológica;

8.1.7 Assistência clínica nefrológica;

8.1.8 Assistência clínica neurológica;

8.1.9 Assistência clínica geral;

8.1.10 Assistência clínica endocrinológica;

8.1.11 Assistência cirúrgica geral;

8.1.12 Unidades de Terapia Intensiva adulto e neonatal.

8.2 O serviço deve garantir acesso a Banco de Leite Humano, com disponibilidade de leite humano ordenhado pasteurizado - LHOP, conforme a RDC/Anvisa n. 171, de 04 de setembro de 2006.

9. PROCESSOS OPERACIONAIS ASSISTENCIAIS

9.1 O Serviço deve permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

9.2 O Serviço deve promover ambiência acolhedora e ações de humanização da atenção à saúde.

9.3 A equipe do serviço de saúde deve estabelecer protocolos, normas e rotinas técnicas em conformidade com legislação vigente e com evidências científicas.

9.4 O serviço deve garantir a adoção de alojamento conjunto desde o nascimento.

9.5 Na recepção à mulher, o serviço deve garantir:

9.5.1 ambiente confortável para espera;

9.5.2 atendimento e orientação clara sobre sua condição e procedimentos a serem realizados;

9.5.3 avaliação inicial imediata da saúde materna e fetal, para definir atendimento prioritário;

9.5.4 avaliação do risco gestacional e definição do nível de assistência necessário na consulta inicial;

9.5.5 permanência da parturiente, quando necessária, em ambiente para observação e reavaliação;

9.5.6 transferência da mulher, em caso de necessidade, realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2.048, de 05 de novembro de 2002.

9.6 Na assistência ao trabalho de parto, o serviço deve:

9.6.1 garantir a privacidade da parturiente e seu acompanhante;

9.6.2 proporcionar condições que permitam a deambulação e movimentação ativa da mulher, desde que não existam impedimentos clínicos;

9.6.3 proporcionar acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio à dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto;

9.6.4 possibilitar que os períodos clínicos do parto sejam assistidos no mesmo ambiente;

9.6.5 realizar ausculta fetal intermitente; controle dos sinais vitais da parturiente; avaliação da dinâmica uterina, da altura da apresentação, da variedade de posição, do estado das membranas, das características do líquido amniótico, da dilatação e do apagamento cervical, com registro dessa evolução em partograma;

9.6.6 garantir à mulher condições de escolha de diversas posições no trabalho de parto, desde que não existam impedimentos clínicos;

9.6.7 estimular que os procedimentos adotados sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais.

9.7 Na assistência ao parto e pós-parto imediato, o serviço deve:

9.7.1 garantir à mulher condições de escolha de diversas posições durante o parto, desde que não existam impedimentos clínicos;

9.7.2 estimular que os procedimentos adotados sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais;

9.7.3 estimular o contato imediato, pele-a-pele, da mãe com o recém-nascido, favorecendo vínculo e evitando perda de calor;

9.7.4 possibilitar o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente;

9.7.5 estimular o aleitamento materno ainda no ambiente do parto;

9.7.6 garantir que o atendimento imediato ao recém-nascido seja realizado no mesmo ambiente do parto, sem interferir na interação mãe e filho, exceto em casos de impedimento clínico;

9.7.7 garantir que o recém-nascido não seja retirado do ambiente do parto sem identificação;

9.7.8 estimular que os procedimentos adotados nos cuidados com o recém-nascido sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais;

9.7.9 garantir o monitoramento adequado da mulher e do recém-nascido, conforme protocolos institucionais, visando à detecção precoce de possíveis intercorrências;

9.7.10 garantir a realização de testes de triagem neonatal e imunização, conforme normas vigentes;

9.7.11 garantir que os partos cirúrgicos, quando realizados, ocorram em ambiente cirúrgico, sob assistência anestésica.

9.7.12 garantir que a transferência da mulher ou do recém-nascido, em caso de necessidade, seja realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2.048, de 05 de novembro de 2002.

9.8 Na assistência ao puerpério, o serviço deve:

9.8.1 estimular o aleitamento materno sob livre demanda;

9.8.2 promover orientação e participação da mulher e família nos cuidados com o recém-nascido;

9.8.3 garantir a adoção de medidas imediatas no caso de intercorrências puerperais.

9.8.3.1 No caso de impossibilidade clínica da mulher de permanecer no alojamento conjunto, o recém-nascido sadio deve continuar nesse ambiente, enquanto necessitar de internação, com a garantia de permanência de um acompanhante.

9.8.4 adotar o Método Canguru, quando indicado;

9.8.5 garantir que a mulher em uso de medicamentos ou portadora de patologias que possam interferir ou impedir a amamentação, tenha orientação clara e segura e apoio psicológico de acordo com suas necessidades.

9.8.6 garantir que a transferência da mulher ou do recém-nascido, em caso de necessidade, seja realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2.048, de 05 de novembro de 2002.

9.9 Na assistência à mulher gestante com intercorrências clínicas ou obstétricas, o serviço deve:

9.9.1 garantir a privacidade da gestante e seu acompanhante;

9.9.2 proporcionar condições que permitam a deambulação e movimentação ativa da mulher, desde que não existam impedimentos clínicos;

9.9.3 garantir o atendimento multiprofissional quando necessário;

9.9.4 garantir que a transferência da mulher, em caso de necessidade, seja realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2.048, de 05 de novembro de 2002;

9.9.5 estimular que os procedimentos adotados sejam baseados em avaliação individualizada e nos protocolos institucionais.

10. TRANSPORTE DE PACIENTES

10.1 O transporte da mulher ou do recém-nascido entre serviços de saúde deve atender ao estabelecido na Portaria GM/MS n. 2.048, de 05 de novembro de 2002;

10.2 O relatório de transferência da mulher ou do recém-nascido deve ser entregue no local de destino;

10.3 O serviço de saúde deve ter disponível, para o transporte da mulher ou do recém-nascido, os seguintes equipamentos, materiais e medicamentos:

10.3.1 maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio, exceto para o transporte de recém-nascidos;

10.3.2 incubadora para transporte de recém-nascidos;

10.3.3 cilindro transportável de oxigênio.

11. PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO

11.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve possuir manual de normas e rotinas técnicas de limpeza, desinfecção e esterilização, quando aplicável, das superfícies, instalações, equipamentos e produtos para a saúde.

11.1.1 O manual de normas e rotinas técnicas dos procedimentos deve estar atualizado e disponível em local de fácil acesso.

11.2 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve disponibilizar os insumos, produtos, equipamentos e instalações necessários para as práticas de higienização das mãos de profissionais de saúde, mulher, acompanhantes e visitantes.

11.2.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve possuir um lavatório/pia por quarto.

11.2.2 Os lavatórios para higienização das mãos podem ter formatos e dimensões variadas, porém a profundidade deve ser suficiente para que se lavem as mãos sem encostá-las nas paredes laterais ou bordas da peça e tampouco na torneira.

11.2.3 Os lavatórios para higienização das mãos devem possuir provisão de sabonete líquido, além de papel toalha que possua boa propriedade de secagem.

11.2.4 As preparações alcoólicas para higienização das mãos devem estar disponibilizadas na entrada da unidade, entre os leitos e outros locais estratégicos definidos pelo Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde.

11.2.5 O RT do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve estimular a adesão às práticas de higienização das mãos pelos profissionais de saúde e demais usuários.

11.3 Os saneantes para uso hospitalar e os produtos usados nos processos de limpeza e desinfecção devem ser utilizados segundo as especificações do fabricante e estar regularizados junto à Anvisa, de acordo com a legislação vigente.

11.4 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve cumprir as medidas de prevenção e controle de infecções definidas pelo Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde.

11.5 A equipe do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve orientar os familiares e acompanhantes dos pacientes sobre ações de controle de infecção e eventos adversos.

11.6 Os Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal que realizam processamento de produtos para a saúde devem atender às seguintes regulamentações:

a) RE/Anvisa n. 2.606/2006, que dispõe sobre as diretrizes para elaboração, validação e implantação de protocolos de reprocessamento de produtos médicos;

b) RE/Anvisa n. 2.605/2006, que estabelece a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único, proibidos de serem reprocessados;

c) RDC/Anvisa n. 156/2006, que dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos.

12. BIOSSEGURANÇA

12.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve manter normas e rotinas técnicas escritas de biossegurança, atualizadas e disponíveis a todos os trabalhadores, contemplando os seguintes itens:

12.1.1 condutas de segurança biológica, química, física, ocupacional e ambiental;

12.1.2 instruções de uso para os equipamentos de proteção individual (EPI) e de proteção coletiva (EPC);

12.1.3 procedimentos em caso de acidentes;

12.1.4 manuseio e transporte de material e amostra biológica.

13 NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS GRAVES

13.1 A equipe do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve implantar e implementar ações de farmacovigilância, tecnovigilância, hemovigilância e vigilância do controle de infecção e de eventos adversos.

13.1.1 O monitoramento dos eventos adversos ao uso de sangue e componentes deve ser realizado em parceria e de acordo com o estabelecido pelo serviço de hemoterapia da instituição ou serviço fornecedor de sangue e hemocomponentes.

13.2 A equipe do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve notificar os casos suspeitos, surtos e eventos adversos graves à coordenação do Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde

13.3 O coordenador do Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde deve notificar surtos e casos suspeitos de eventos adversos graves à vigilância sanitária local, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas.

13.4 A notificação não isenta o coordenador pelo Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde da investigação epidemiológica e da adoção de medidas de controle do evento.

13.5 A equipe do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve colaborar com a equipe de Controle de Infecção em Serviços de Saúde e com a vigilância sanitária na investigação epidemiológica e na adoção de medidas de controle.

14. DESCARTE DE RESÍDUOS

14.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve implantar as ações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), atendendo aos requisitos da RDC/Anvisa n. 306, de 07 de dezembro de 2004, e Resolução Conama n. 358, de 29 de abril de 2005.

15. AVALIAÇÃO

15.1 O responsável técnico deve implantar, implementar e manter registros de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento global do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal, buscando processo contínuo de melhoria da qualidade.

15.2 A avaliação deve ser realizada levando em conta os Indicadores para a Avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e as demais disposições estabelecidas na Instrução Normativa (IN) n. 02, de 03 de junho de 2008, da Anvisa.

15.3 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve disponibilizar à vigilância sanitária as informações referentes ao monitoramento dos indicadores, durante o processo de inspeção sanitária ou de investigação de surtos e eventos adversos.

15.4 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve encaminhar à vigilância sanitária local o consolidado dos indicadores do semestre anterior, nos meses de janeiro e julho.

15.5 O consolidado do município deve ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde e o consolidado dos estados à Anvisa.

ANEXO II

Os itens da RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002, referentes à atenção obstétrica e neonatal passam a vigorar da seguinte forma:

1. Unidade de Centro de Parto Normal:

1.1 Ambientes Fins

1.1.1 Sala de acolhimento da parturiente e seu acompanhante;

1.1.2 Sala de exames e admissão de parturientes;

1.1.3 Quarto PPP;

1.1.3.1 Prever a instalação de barra fixa e/ou escada de Ling.

1.1.4 Banheiro para parturiente

1.1.5 Quarto/enfermaria de alojamento conjunto.

1.1.6 Área para deambulação (interna ou externa);

1.1.7 Posto de enfermagem;

1.1.8 Sala de serviço;

1.1.9 Área para higienização das mãos.

1.2 Ambientes de apoio

1.2.1 Sala de utilidades;

1.2.2 Sanitário para funcionários (masculino e feminino);

1.2.3 Rouparia;

1.2.4 Sala de estar e/ou reunião para acompanhantes, visitantes e familiares;

1.2.5 Depósito de material de limpeza;

1.2.6 Depósito de equipamentos e materiais;

1.2.7 Sala administrativa;

1.2.8 Copa;

1.2.9 Sanitário para acompanhantes, visitantes e familiares (masculino e feminino);

1.2.10 Área para guarda de macas e cadeiras de rodas;

1.2.11 Sala de ultrassonografia.

1.3 Os ambientes descritos nos itens 1.2.9; 1.2.10 e 1.2.11 são opcionais, assim como o 1.1.5, caso a puérpera e o recém nascido, permaneçam no quarto PPP, durante todo período de internação puerperal .

2. Unidade de Centro Obstétrico (partos cirúrgicos e normais)

2.1 Ambientes Fins

2.1.1 Sala de acolhimento da parturiente e seu acompanhante;

2.1.2 Sala de exame e admissão de parturientes;

2.1.2.1 A sala de admissão e os ambientes de apoio podem ser compartilhados com os ambientes do centro de parto normal.

2.1.3 Quarto PPP;

2.1.3.1 Prever a instalação de barra fixa e/ou escada de Ling.

2.1.3.2 O quarto PPP no centro obstétrico pode ser utilizado como pré-parto para as pacientes com possibilidade cirúrgica.

2.1.4 Banheiro para parturiente;

2.1.5 Área para deambulação (interna ou externa);

2.1.6 Posto de enfermagem;

2.1.7 Sala de serviço;

2.1.8 Área para prescrição médica;

2.1.9 Área para anti-sepsia cirúrgica das mãos e antebraços;

2.1.10 Sala de parto cirúrgico/curetagem;

2.1.11 Área de recuperação anestésica;

2.1.12 Sala para AMIU;

2.1.13 Área de indução anestésica;

2.2. Ambientes de apoio

2.2.1 Sala de utilidades;

2.2.2 Banheiros com vestiários para funcionários e acompanhantes (barreira);

2.2.3 Sala administrativa;

2.2.4 Rouparia;

2.2.5 Depósito de equipamentos e materiais;

2.2.6 Depósito de material de limpeza;

2.2.7 Agência transfusional, in loco ou não (em conformidade com o item 8.1.5.1 do Anexo I);

2.2.8 Sala de estar e/ou reunião para acompanhantes, visitantes e familiares;

2.2.9 Sala de preparo de equipamentos/material;

2.2.10 Copa;

2.2.11 Sala de estar para funcionários;

2.2.12 Sanitários para acompanhantes - anexo à sala de estar;

2.2.13 Área de guarda de pertences;

2.2.14 Área para guarda de macas e cadeiras de rodas.

2.3 Os ambientes descritos nos itens 2.1.12; 2.1.13 e nos itens 2.2.8; 2.2.9; 2.2.10; 2.2.11; 2.2.12; 2.2.13 e 2.2.14 são opcionais.

3. Internação Obstétrica (puérperas ou gestantes com intercorrências)

3.1 Ambientes Fins

3.1.1 Quarto/enfermaria para alojamento conjunto ou internação de gestantes com intercorrências;

3.1.2 Banheiro (cada quarto deve ter acesso direto a um banheiro, podendo servir no máximo dois quartos);

3.1.3 Posto de enfermagem;

3.1.4 Sala de serviço;

3.1.5 Sala de exames e curativos (conforme descrito item 4.3.3 deste Anexo II).

3.2. Ambientes de apoio

3.2.1 Sala de utilidades;

3.2.2 Área para controle de entrada e saída de pacientes, acompanhantes e visitantes;

3.2.3 Quarto para plantonista (in loco ou não);

3.2.4 Sanitário para funcionários;

3.2.5 Depósito de equipamentos e materiais;

3.2.6 Depósito de material de limpeza;

3.2.7 Rouparia;

3.2.8 Área de cuidados e higienização de lactente;

3.2.9 Sala administrativa;

3.2.10 Área para guarda de macas e cadeiras de rodas;

3.2.11 Sala de reuniões com a família ou de trabalhos em grupo;

3.2.12 Sala de estar para familiares, visitantes e acompanhantes;

3.2.13 Sanitário para acompanhantes - anexo à sala de estar;

3.2.14 Copa.

3.3 Os ambientes descritos nos itens 3.2.8; 3.2.9; 3.2.10; 3.2.11; 3.2.12; 3.2.13 e 3.2.14 são opcionais.

4. Características dos ambientes

4.1 Centro de Parto Normal

4.1.1 Sala de acolhimento da parturiente e seu acompanhante: sala com área mínima de 2,00m² por pessoa.

4.1.2 Sala de exame, admissão de parturientes: área mínima de 9,00m² por leito de exame. Instalação de água fria e quente.

4.1.3 Quarto PPP: área mínima de 10,50m² e dimensão mínima de 3,20m, com previsão de poltrona de acompanhante, berço e área de 4,00m² para cuidados de higienização do recém-nascido - bancada com pia. Prever instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem.

4.1.4 Banheiro do quarto PPP: O banheiro deve ter área mínima de 4,80m², com dimensão mínima de 1,70m.

4.1.4.1 O box para chuveiro deve ter dimensão mínima de 0,90 x 1,10m com instalação de barra de segurança.

4.1.4.2 Instalação opcional de banheira com largura mínima de 0,90m e com altura máxima de 0,43m. No caso de utilização de banheira de hidromassagem, deve ser garantida a higienização da tubulação de recirculação da água. Quando isso não for possível, não deve ser ativado o modo de hidromassagem.

4.1.5 Quarto/enfermaria de alojamento conjunto, áreas mínimas: quarto de 01 leito , 10,50 m², quarto de 02 leitos, 14,00 m² e enfermaria de 03 a 06 leitos, 6,00 m² por leito. Todos os quartos/enfermarias devem ter, ainda, área de 4,00m² para cuidados de higienização do recém-nascido - bancada com pia.

4.1.5.1 previsão de berço e poltrona de acompanhante, para cada leito de puérpera.

4.1.5.2 O berço deve ficar ao lado do leito da mãe e afastado 0,6 m de outro berço.

4.1.5.3 Adotar medidas que garantam a privacidade visual de cada parturiente, seu recém nascido e acompanhante, quando instalado ambiente de alojamento conjunto para mais de uma puérpera

4.1.5.4 Prever instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem.

4.1.6 Banheiro do quarto/enfermaria de alojamento conjunto: pode ser compartilhado por até dois quartos de 02 leitos ou duas enfermarias de até 04 leitos cada.

4.1.6.1 O banheiro comum a dois quartos/enfermaria deve ter um conjunto de bacia sanitária, pia e chuveiro a cada 04 leitos, com dimensão mínima de 1,7 m. Deve prever instalação de água fria e quente e sinalização de enfermagem.

4.1.7 Área para deambulação: a área pode ser interna ou externa, preferencialmente coberta, a fim de ser utilizada em dias de chuva ou sol.

4.1.8 Posto de enfermagem: um a cada 30 leitos. Área mínima de 2,50m², com instalações de água e elétrica de emergência.

4.1.9 Sala de serviço: uma sala de serviços a cada posto de enfermagem. Área mínima de 5,70m², com instalações de água e elétrica de emergência.

4.1.10 Área para higienização das mãos: um lavatório a cada dois leitos. Área mínima de 0,90m² com instalação de água fria e quente.

4.2 Unidade de Centro Obstétrico (partos cirúrgicos e normais)

4.2.1 Quarto PPP: segue as características descritas nos itens 4.1.3 e 4.1.4;

4.2.2 Posto de enfermagem e serviços: um a cada doze leitos de recuperação pós-anestésica com 6,00m². Instalações de água fria e elétrica de emergência.

4.2.3 Área para prescrição profissional: área mínima de 2,00m².

4.2.4 Área para anti-sepsia cirúrgica das mãos e antebraços: prever instalação de duas torneiras por sala de parto cirúrgico. Caso existam mais de duas salas cirúrgicas, prever duas torneiras a cada novo par de salas ou fração. Área de 1,10m² por torneira com dimensão mínima de 1,00m.

4.2.5 Sala de parto cirúrgico/curetagem: área mínima de 20,00m² com dimensão mínima de 3,45m. Deve possuir uma mesa cirúrgica por sala. Instalações de oxigênio, óxido nitroso, ar comprimido medicinal, elétrica de emergência, vácuo clínico e climatização.

4.2.6 Área de recuperação pós-anestésica: ambiente com no mínimo duas macas, com distância entre estas de 0,80m. Distância entre macas e paredes, exceto cabeceiras de 0,60m. Espaço, junto ao pé da maca para manobra, de no mínimo 1,20m. O número de macas deve ser igual ao número de salas de parto cirúrgico. Instalações de água fria, oxigênio, ar comprimido medicinal, elétrica de emergência, vácuo e climatização.

4.2.7 Sala para AMIU: área mínima de 6,00m² com instalações de oxigênio, ar comprimido medicinal, elétrica de emergência, vácuo clínico e climatização.

4.2.8 Área de indução anestésica: prever área para no mínimo duas macas, com distância entre estas de 0,80m e entre as macas e as paredes de 0,60m. Distância entre a cabeceira e a maca de 0,60m. Espaço, junto ao pé da maca para manobra, de no mínimo 1,20m. Instalações de oxigênio, óxido nitroso, ar comprimido medicinal, elétrica de emergência, vácuo clínico, elétrica diferenciada e climatização.

4.3 - Internação Obstétrica (Puérpera ou gestantes com intercorrências)

4.3.1 Quarto/enfermaria de alojamento conjunto: segue as características descritas nos itens 4.1.5 e 4.1.6.

4.3.2 Posto de enfermagem e prescrição profissional: Cada posto deve atender a no máximo 30 leitos, com a área mínima de 6,00m² e com as instalações de água e elétrica de emergência.

4.3.3 Sala de exames e curativos: Quando existir enfermagem que não tenha subdivisão física dos leitos deve ser instalada uma sala a cada 30 leitos. Área mínima de 7,50m² com instalações de água, ar comprimido medicinal e elétrica de emergência.

4.3.4 Área para controle de entrada e saída de pacientes, acompanhantes e visitantes. Área mínima de 5,00m².

(*) Republicada por ter saído com incorreção no original, publicado no Diário Oficial da União nº 105, de 4 de junho de 2008, Seção 1, pág. 50.

DIRCEU RAPOSO DE MELLO

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - SEPN 515, Bl.B, Ed.Ômega - Brasília (DF)
CEP 70770-502 - Tel: (61) 3448-1000

Disque Saúde: 0 800 61 1997

Anexo V: Cartilha Informativa sobre a Lei do Direito ao acompanhante no Pré- parto, Parto e Puerpério.

APÊNDICE A

Trabalho de Especialização em saúde materna, neonatal e lactente UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina). Elaborador: Enfermeiro Daniel Andrade de Vasconcelos. Ano de 2014.

Cartilha para a Gestante e o Acompanhante no trabalho de parto e parto

Chegou a hora do parto! E agora? Como vai ser?

Quais os sentimentos que aparecem?

TRANQUILIDADE?

MEDO? AFETO? SOLIDÃO?

SOFRIMENTO?

SEGURANÇA?

DOR? ACOLHIMENTO?

ANGÚSTIA?

A maioria de vocês, futuras puérperas, sempre costumam relatar sentimentos e sensações de medo, ansiedade, sofrimento, maus-tratos durante o atendimento na maternidade, dor, solidão na hora do parto, qual o tipo de parto que será realizado, dentre outras coisas. Muitas de vocês também jamais estiveram numa maternidade, ou aquelas que estiveram, desconhecem à unidade internamente com detalhes, o que contribui significativamente para que os problemas citados acima sejam piorados. Aliado a isso sempre existem os relatos negativos de conhecidas, pessoas próximas e parentes que por ventura sofreram alguma experiência negativa durante o pré-parto, parto e até mesmo no puerpério imediato (quando ainda estavam internadas).

O que se pode fazer pra minimizar tal situação?

Primeiramente a gestante tem que conhecer seus direitos nos períodos de pré-parto, parto e pós-parto imediato. Observação: o pós-parto imediato é considerado até dez dias depois do nascimento do bebê.

Você conhece seus direitos?

Um dos direitos menos conhecidos e disseminados é sobre a Lei do Direito ao Acompanhante. Esta Lei de nº 11.108, de 7 de Abril de 2005.

Pra quê serve então a lei?

Serve para permitir que a gestante escolha, de livre e espontânea vontade, qualquer pessoa que queira para acompanhar dentro da maternidade, podendo até ser o próprio marido. Sendo que com esta liberação de entrada do acompanhante não podem ser cobradas taxa alguma, como por exemplo: alimentação, alojamento digno para o acompanhante, paramentação (roupa e equipamentos utilizados pra entrar na sala de pré-parto, parto e puerpério). Pois o Ministério da Saúde se responsabilizará em cobrir todos os gastos.

Em qual momento o acompanhante pode entrar?

Se não houver caso de impedimento real, ou seja, algo muito sério que não indique a liberação, como por exemplo um parto de emergência (parto em que há riscos de morte da mãe ou bebê). O acompanhante pode entrar desde o momento de pré-parto, parto e pós-parto imediato. E inclusive no pós-parto, ou seja, já na enfermaria com acomodação adequada e alimentação gratuita.

Mas e se meu parto for particular através de plano de saúde, o quê faço?

Para partos particulares relacionados a plano de saúde, existe a resolução normativa nº211 da ANS (Agência Nacional de Saúde) de 11 de janeiro de 2010. Que por sua vez acaba tendo a mesma finalidade e semelhança da aplicada pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e que já foi citada acima.

Como eu posso garantir que a lei seja cumprida?

1. Conversar com o médico e citar a regra (pode ser que ele não saiba e, dessa forma, você estará ajudando para que o profissional se informe). Seja firme e argumente com clareza. Mencione a Lei do Direito a Acompanhante 11.108 de 7 de Abril de 2005. Alguns médicos dizem que a regra só vale para partos normais. **É mentira.** A regra é válida para qualquer parto;

2. Caso o médico ainda assim se recuse, busque a diretoria do hospital para que tome as providências cabíveis no sentido de fazer com que a lei seja cumprida;

3. A partir daí, o usuário deverá reclamar nos seguintes órgãos: Ministério Público Local da sua cidade, CRM (Conselho Regional de Medicina), Ministério da Saúde (para hospitais públicos) **através dos telefones gratuitos: Disque saúde 0800 61 1997; Disque Saúde da Mulher 0800 644 0803** , ANS(Agência Nacional de Saúde- para hospitais e planos particulares) **telefone gratuito 0800 701 9656**, ANVISA **0 800 611997**, PROCON **telefones: (0xx79) 3211-3383; 32115216** (para hospitais e planos particulares), bem como requerer junto ao plano de saúde o descredenciamento daquele profissional, quando for o caso. Procure a ajuda de um advogado para realizar estes atos também.

4. Caso não dê certo, infelizmente, não haverá alternativa a não ser buscar a ajuda de um advogado de confiança para que tome as providências cabíveis caso a caso e

5. Como nem sempre a hora do parto é programada, em situação extrema, a usuária ou família com a lei nas mãos, pode requerer a presença imediata da polícia pra que faça cumprir a lei.

OUTROS DIREITOS DURANTE A INTERNAÇÃO E NO TRABALHO DE PARTO:

- De ser escutada em suas queixas e reclamações e ter as suas dúvidas esclarecidas.
- De expressar os seus sentimentos e suas reações livremente. Não se envergonhe, nem se intimide se você tiver vontade de chorar, gritar ou rir. Essas são reações normais ,que podem ocorrer durante o trabalho de parto com todas as mulheres. Nenhum profissional de saúde pode recriminar você por isso.
- As roupas utilizadas durante o trabalho de parto devem ser confortáveis e estar de acordo com o seu tamanho. Devem ser de tecidos e modelos que não exponham o seu corpo, causando- lhe constrangimento.
- Caso você queira contar com a presença de acompanhante no momento do parto, como o pai da criança, parente ou pessoa amiga, solicite isto ao serviço que está atendendo você. De preferência acerte isso antes do parto.

Leis que devem ser apresentadas

Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005

Art. 19-J Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde- SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós- parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata a caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

Portaria nº 2.418 do Ministério da Saúde, de 2 de dezembro de 2005

Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós- parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde- SUS.

Art. 1º Regulamentar, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença do acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós- parto imediato nos hospitais públicos, conveniados com o Sistema Único de Saúde- SUS e particulares.

§ 1º Para efeito desta Portaria entende-se o pós- parto imediato como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

§ 2º Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS das despesas previstas com acompanhante no trabalho de parto, parto e pós- parto

imediate, cabendo ao gestor a devida formalização dessa autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar- AIH.

§ 3º No valor da diária de acompanhante, estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições.

Art. 2º Os hospitais têm prazo de 6 (seis) meses para tomar as providências necessárias ao atendimento disposto nesta Portaria.

Art. 3º Esta Portaria entra vigor na data de sua publicação

Anexo III: Resolução Normativa nº 211 da ANS, em 11 de Janeiro de 2010.

Art. 19. O plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no artigo 18 desta Resolução, acrescida dos procedimentos relativos ao pré- natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

I – cobertura das despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós- parto imediato, conforme asseguuração pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha substituí-la.

Resumo da Diretoria Colegiada – RDC nº36, de 03 de Junho de 2008.

3.3 Higienização das mãos: medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência. O termo engloba a higienização simples, a higienização anti- séptica, a fricção anti- séptica e anti- sepsia cirúrgica das mãos.

4.4 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve contar com infra- estrutura física, recursos humanos, equipamentos e materiais necessários à operacionalização do serviço, de acordo com a demanda e modalidade de assistência prestada.

4.10 O serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal que realiza partos cirúrgicos deve possuir estrutura e condições técnicas para realização de partos normais sem distócia, conforme descrito neste regulamento.

9 PROCESSOS OPERACIONAIS ASSISTENCIAIS.

9.1 O serviço deve permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós- parto imediato.

9.2 O serviço deve promover ambiência acolhedora e ações de humanização da atenção à saúde.

DIREITO DE TODOS:

PAI, MÃE E FILHO.

Parturientes têm direito a acompanhante durante o parto.

Lei obriga os hospitais de todo o País a manter, em local visível de suas dependências, aviso que informe sobre o direito da parturiente a acompanhante.



Foi publicada no dia 19 de dezembro a Lei n. 12.895/2013, que altera a Lei n. 8.080/1990, a qual obriga os hospitais de todo o País a manter, em local visível de suas dependências, o aviso referente ao direito da parturiente de ter um acompanhante

durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Confira a lei:
Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. (Incluído pela Lei n. 11.108, de 2005).

§ 3º Ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no caput deste artigo.”
(NR)

Essa cartilha explicativa tem como finalidade a de garantir o seu direito ao acompanhante de sua escolha na hora do parto, afim de minimizar seu sofrimento. Você agora CONHECE as leis, faça valer direito, seja cidadã , busque-os. Mas lembre- se haja sempre como educação e respeito, para que não se perca a razão e consequentemente o seu DIREITO.

REFERÊNCIAS:

Lei do Direito ao Acompanhante. Disponível em: <

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm >. Acesso

em: 03 de Fevereiro de 2014.

Resolução nº 36 da ANVISA, disponível : <

<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2036-2008.pdf> > . Acesso em: 04 de Fevereiro de 2014.

Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Violência Obstétrica, “ Pariras com Dor”, 2012