



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC

PRÓ-REITORIA ACADÊMICA – PROACAD



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – PPGSCOL
[MESTRADO PROFISSIONAL]

RITA DE CÁSSIA CIZESKI PAGANI

QUALIFICAÇÃO TÉCNICA PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
OBSTÉTRICA E NEONATOLOGIA

CRICIÚMA

2022

RITA DE CÁSSIA CIZESKI PAGANI

**QUALIFICAÇÃO TÉCNICA PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
OBSTÉTRICA E NEONATOLOGIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional] da Universidade do Extremo Sul Catarinense. da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Jacks Soratto

Coorientação: Prof. Dr. Jonas Sâmí Albuquerque de Oliveira

CRICIÚMA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

P129q Pagani, Rita de Cássia Cizeski.

Qualificação técnica para assistência de enfermagem em obstetrícia e neonatologia / Rita de Cássia Cizeski Pagani. - 2022.

78 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2022.

Orientação: Jacks Soratto.

Coorientação: Jonas Sâmí Albuquerque de Oliveira.

1. Enfermagem obstétrica - Formação continuada. 2. Enfermagem neonatal - Formação continuada. 3. Capacitação profissional. 4. Técnicos em enfermagem

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

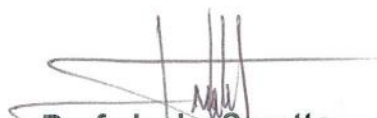
RITA DE CÁSSIA CIZESKI PAGANI

**TÍTULO DO TRABALHO: “QUALIFICAÇÃO TÉCNICA PARA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM EM OBSTETRÍCIA E NEONATOLOGIA”.**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 31 de maio de 2022

BANCA EXAMINADORA



Prof. Jacks Soratto
Doutor – Orientador
Presidente



Profa. Valdemira Santana Dagostin
Doutora – UNESC
Membro externo



Profa. Fabiane Ferraz
Doutora – UNESC/PPGSCol
Membro interno

AGRADECIMENTOS

As pessoas sem as quais não seria possível a realização deste trabalho, em especial a minha família. Ao Professor Doutor Jacks Soratto pela orientação. A Escola de Saúde São Jose, na qual representada pela diretora Lourdete Loebens, que possibilitou a realização do produto.

RESUMO

Introdução: a formação de técnico em enfermagem está em expansão sendo necessária para o suprimento das demandas assistenciais nos diversos âmbitos de atuação, em especial na atenção hospitalar. No processo formativo torna-se fundamental ênfase em alguns campos do conhecimento que são de significativa importância para atuação do técnico de enfermagem como a área da obstetrícia e neonatologia. **Objetivo:** Realizar qualificação em obstetrícia e neonatologia voltada a alunos de cursos técnicos em enfermagem. **Método:** Trata-se da implementação de uma capacitação presencial por meio de oficinas que integraram exposição dialogada com momentos de demonstração prática, realizada por enfermeiras especialistas atuantes nas áreas de obstetrícia e neonatologia. A formação foi realizada entre os dias 01 e 07 de dezembro de 2021, totalizando 10 horas. O público alvo foram 57 estudantes do curso técnico de enfermagem. **Resultados:** foram materializados em cinco encontros, considerando as seguintes temáticas: doença hipertensiva na gestação; legislação e a obstetrícia; obstrução das vias aéreas por corpos estranhos; punção de calcâneo em recém-nascido; mitos e verdades sobre o primeiro banho da puérpera e do recém-nascido; primeiros cuidados com o recém-nascido sadio e de risco; e por fim emergências obstétricas e materiais específicos da obstetrícia. com a participação efetiva dos estudantes em aulas teóricas e práticas, oportunizando aos alunos sanarem suas dúvidas com perguntas sobre os assuntos abordados. Os encontros oportunizaram aproximação e consolidação de temáticas pouco exploradas na atenção à saúde materno infantil, cooperando para melhoria das práticas assistenciais, processo de trabalho, e transcurso formativo de alunos do curso técnico em enfermagem. **Considerações finais:** A qualificação profissional oportunizou fortalecimento das temáticas relacionadas a obstetrícia e neonatologia refletindo na melhoria da prática assistencial do técnico de enfermagem e no fortalecimento dos preceitos de integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica. Neonatologia. Educação Continuada. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: the training of nursing technicians is being necessary for the needs of expansion of assistance in different areas of activity, in particular attention in care. In the training process, emphasis on fields of knowledge that are of significant importance for the performance of nursing technicians, such as obstetrics and neonatology, becomes fundamental. **Objective:** to perform qualification and neonatology in obstetrician students of technician courses. **Method:** It is about the implementation of a face-to-face training through active workshops through dialogued exposure with moments of practical demonstration, carried out by specialist specialists in the areas of obstetrics and neonatology. The training was carried out between December 01 and 07, 2021, totaling 10 hours. The target audience was 57 students from the technical nursing course. **Results:** they were materialized in five meetings, considering the following themes: hypertensive disease in pregnancy; legislation and obstetrics; airway obstruction by foreign bodies; calcaneal puncture in a newborn; myths and truths about the first bath of the puerperal woman and the newborn; care for healthy and at-risk newborns; and finally obstetric emergency and specific obstetric materials. with the effectiveness of students in theoretical classes and practical classes, opportunity to participate with questions about the subjects addressed by their students. Opportunities for meeting and approximation of people little explored in maternal health care, cooperating to improve care practices, work process and training course of students of the technical course in nursing. **Conclusion:** a professional qualification strengthened the themes related to obstetrics and neonatology, reflecting on the improvement of the nursing technician's care practice and on the strengthening of the precepts of comprehensive care.

Palavras-chave: Obstetric Nursing. Neonatology. Continuing Education. Nursing care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMREC	Associação dos Municípios da Região Carbonífera
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EIP	Educação Inter Profissional em Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
HGT	Hemoglicoteste
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPP	Pré-parto, Parto e Pós-parto
RN	Recém-Nascido
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
TPP	Trabalho de Parto Prematuro
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
OVACE	Obstrução das Vias Aéreas por Corpos Estranhos
SES- SC	Secretária de Estado da Saúde de Santa Catarina
IGP	Instituto Geral de Perícias

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Temáticas e responsáveis	40
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.2 JUSTIFICATIVA	13
1.2 SITUAÇÃO PROBLEMA	13
1.3 FINALIDADE DO PRODUTO	13
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE NÍVEL MÉDIO	15
3.1.1 Educação permanente em saúde como ferramenta de gestão do cuidado em espaço hospitalar público: Da governança à segurança do paciente	15
3.1.2 Serviço de educação permanente em saúde: Uma aposta para organização e qualificação do processo de trabalho em saúde.....	17
3.1.3 Educação permanente em saúde: Uma forma de cuidado e valorização dos profissionais de enfermagem.....	17
3.1.4 Educação em serviço: Qualificação de futuros profissionais de enfermagem para melhoria da assistência prestada em área de obstetrícia e pediátrica em instituições de saúde.....	19
3.2 A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE NÍVEL MÉDIO.....	20
3.3 A Educação Técnica De Enfermagem Nas Áreas De Obstetrícia E Neonatologia	21
3.3.1 Obstetrícia e a atuação do técnico de enfermagem.....	22
3.3.1.1 Definição do centro obstétrico	22
3.3.1.2 O parto	22
3.3.1.3 Função do técnico de enfermagem no centro obstétrico.....	23
3.3.1.4 Condições especiais obstétricas	23
3.3.1.5 Materiais necessários para o centro obstétrico	24

3.3.2 Neonatologia.....	25
3.3.2.1 A necessidade de capacitação específica para os profissionais de enfermagem de nível médio	25
3.3.2.2 Atribuições do técnico de enfermagem no atendimento ao RN.....	26
3.3.2.3 Alojamento conjunto	26
3.3.3 Cuidados de enfermagem à gestante e ao recém-nascido.....	28
3.3.3.1 Cuidados de enfermagem com a gestante hipertensa	28
3.3.3.2 Obstrução das vias aéreas por corpo estranho em recém-nascido	29
3.3.3.3 Engasgo no recém-nascido e a manobra de Heimlich	30
3.3.3.4 Punção de Calcâneo em recém-nascido.....	31
3.3.3.5 Higiene corporal do recém-nascido e da puérpera: Mitos e verdades	32
3.3.3.6 Cuidados imediatos ao recém-nascido na primeira hora após o nascimento	34
3.3.3.7 A atuação da enfermagem frente as emergências obstétricas.....	37
3.3.4 A legislação e a obstetrícia	40
4 MÉTODO.....	41
4.1 TIPO DE PRODUTO	41
4.2 CENÁRIO DE CONSTRUÇÃO DO PRODUTO	41
4.3 PÚBLICO ALVO	41
4.4 PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DO CURSO DE QUALIFICAÇÃO EM OBSTETRÍCIA E NEONATOLOGIA	41
4.4.1 Levantamento das necessidades	42
4.4.2 Recursos utilizados para estruturação do curso de capacitação.....	42
4.4.3 Elaboração da proposta do curso de capacitação	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
5.1 IMPRESSÕES DO PRIMEIRO DIA.....	45
5.2 IMPRESSÕES DO SEGUNDO ENCONTRO	46
5.3 IMPRESSÕES DO TERCEIRO ENCONTRO	48
5.4 IMPRESSÕES DO QUARTO ENCONTRO.....	49
5.5 IMPRESSÕES DO QUINTO ENCONTRO	51
5.6 IMPRESSÕES FINAIS DOS ENCONTROS.....	53

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
Apêndice A - modelo de declaração de participação [FRENTE]	55
Apêndice B - modelo de declaração de participação [verso]	56
Apêndice C - avaliação da capacitação	57
Anexo A - Lei da violência Obstétrica	58
Anexo B - Lei das Doulas	62
Anexo C - PL sobre o engasgo do bebê	65
Anexo D - Declaração da instituição onde ocorreu a capacitação	66
Anexo E - Listas de presença na capacitação	67
REFERÊNCIAS	72

1 INTRODUÇÃO

A Enfermagem, enquanto profissão, expressa sua ação no cuidado às pessoas com diferentes debilitações de saúde e nos mais variados cenários de atuação. As instituições hospitalares, exemplo de cenário de atuação do enfermeiro, constituem-se em sistemas complexos que absorvem grande parte dos profissionais da área da saúde. Nesse campo de atuação, algumas mudanças em relação ao modelo de atenção à saúde empregado vêm acontecendo lentamente em nível nacional. Isso decorre pelo principal local de atuação de tais profissionais, o hospital, ser marcado pela tradição do modelo hegemônico tecnicista de atenção à saúde e ser resistente às mudanças que acontecem no campo da saúde (LAVICH, 2017).

No Brasil, nos dias atuais contamos com 415.619 auxiliares de enfermagem, 1.295.011 técnicos de enfermagem, 552.353 enfermeiros e 286 obstetrizas, sendo que, somente no estado de Santa Catarina possuímos 5.596 auxiliares de enfermagem, 40.863 técnicos de enfermagem e 15.232 enfermeiros (COFEN, 2020).

Quanto à fase inicial da profissão de técnico de enfermagem é perceptível a falta de conhecimento em diferentes âmbitos, principalmente obstetrícia e neonatologia, por serem áreas com maior complexidade estes estágios são quase sempre observacionais e nem sempre o futuro profissional tem a oportunidade de participar das atividades.

Embora que estes tenham vivenciado estágios obrigatórios, após a formação também encontram no mercado de trabalho carga horária excessiva e salários que não suprem a necessidade do profissional, fazendo com que estes busquem, todavia, outros vínculos empregatícios, realizando assim dupla jornada, e nem sempre tendo condições para buscar a qualificação desejada.

Dessa forma, a busca por prestação de assistência em saúde com qualidade e segurança é um grande desafio para as instituições de saúde que também somam inúmeras dificuldades relacionadas aos recursos físicos, materiais e humanos.

Sendo assim, a equipe de enfermagem necessita estar capacitada para suas práticas diárias para a realização de uma assistência qualificada.

1.2 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema justifica-se pela necessidade de implementar uma capacitação para alunos de curso técnico de enfermagem em áreas de obstetrícia e neonatologia, observando que nestas áreas os estágios são quase sempre apenas observacionais e com curta carga horaria devido à complexidade dos pacientes. Uma capacitação nestas áreas visa a melhoria e qualificação dos serviços nestas especialidades, apontar quais as facilidades e dificuldades encontram no processo de trabalho e aprendizagem. A formação destes profissionais é de grande importância para toda região sul de Santa Catarina, devido ao número crescente de novos serviços de saúde no âmbito do SUS como também convênios e particulares.

1.2 SITUAÇÃO PROBLEMA

Assim como a vivência no cotidiano do trabalho, como na formação do profissional técnico, a qualificação generalista traz em sua concepção os cuidados essenciais para a prestação de uma assistência qualificada, no entanto, a capacitação, o olhar mais criterioso para esta área de Obstetrícia e neonatologia, se faz necessário. Não somente pelo momento fervoroso, momento mágico ou não mais pela complexidade de atendimento. Não fazemos o procedimento em si, mas o acolhimento, o olhar mais criterioso, o trabalho em equipe, e todo um conjunto que na formação inicial não é aprofundado. Por tudo isso, a qualificação deve ser um pilar da EPS.

Os alunos de curso técnico de enfermagem possuem pouca qualificação profissional para atuação especializada nas áreas de obstetrícia e neonatologia tendo formação generalista, os estágios obrigatórios nestas áreas são quase sempre observacionais, devido à complexidade das situações e fragilidade do paciente neonatal.

1.3 FINALIDADE DO PRODUTO

Qualificação de alunos de cursos técnicos a fim de melhorar o processo de trabalho na área de obstetrícia e neonatologia.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar qualificação em obstetrícia e neonatologia voltada a alunos de cursos técnicos em enfermagem.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- a) Estimular o protagonismo dos estudantes de curso técnico para a assistência qualificada a mulher no período gravídico/puerperal e no atendimento a criança;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE NÍVEL MÉDIO

3.1.1 Educação permanente em saúde como ferramenta de gestão do cuidado em espaço hospitalar público: Da governança à segurança do paciente

A estrutura organizacional dos hospitais públicos brasileiros normalmente segue as diretrizes estabelecidas pelos organogramas clássicos da administração, em que se destacam a hierarquia, o autoritarismo e a centralidade decisória, o que resulta na dificuldade no trabalho em equipe, a gestão centralizada gera pouca cooperação da interdisciplinaridade (KOERICH, 2020).

Nesse sentido a fragmentação das instituições hospitalares, a sobrecarga de trabalho dos profissionais, a desvalorização da educação continuada, torna-se relevante investigar como tais aspectos repercutem na gestão da Educação Permanente em Saúde (EPS) para a segurança do paciente e qualidade, visto que a educação e a atualização constituem uma prática essencial na construção de uma assistência mais segura e de qualidade ao paciente. Ainda, pode-se afirmar que a qualidade da atenção hospitalar está diretamente relacionada à qualidade da assistência prestada pelos profissionais que desempenham suas atividades nesse cenário (KOERICH, 2020).

O conceito de educação permanente em saúde foi inicialmente trabalhado na saúde pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), nas décadas de 1980 e 1990. Após 2003, no Brasil, foi instituída como política pública, onde as instituições procuram realizar capacitação constante aos profissionais (SILVA, 2010).

Após, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, que constitui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), com a finalidade de formar e capacitar profissionais da saúde para atenderem às reais necessidades populacionais, oferecendo às instituições vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) financiamento para incentivo de ações que capacitem os funcionários, melhorando seu atendimento, com embasamento teórico-prático, a fim de melhorar o atendimento aos usuários (PUGGINA, 2016).

Sua concretização depende que os processos educativos dos trabalhadores da saúde tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo que pode ser considerada como orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos sujeitos-trabalhadores e das estratégias de transformação das práticas de saúde. Para refletir os preceitos de educação permanente em saúde, na perspectiva de uma práxis criadora ou inovadora/transformadora, estudou-se a obra “Filosofia da Práxis”, de Adolfo Sánchez Vázquez, e os princípios atuais da educação permanente relacionados aos trabalhadores da área da saúde, com o intuito de aproximar tais referenciais, apontando possibilidades de como esta concepção educativa pode provocar mudanças a partir do pensar e do fazer dos sujeitos por meio de uma práxis transformadora (SILVA, 2010).

A educação permanente é um conceito pedagógico, na área da saúde, para efetuar relações orgânicas entre o ensino e as ações e serviços, agregando aprendizado, reflexão crítica do trabalho, e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva. Atualmente, a educação permanente tem sido considerada um instrumento importante na construção da competência profissional, contribuindo para a organização do trabalho. As competências pessoais ou profissionais são ações que articulam conhecimentos (o saber), habilidades (o fazer), valores (o ser) e atitudes (o conviver), construídos de forma articulada, voltadas para a contextualização dos serviços de saúde. No entanto, mesmo com a criação da Política Nacional de Educação há mais de dez anos, ainda existem dificuldades para implementá-la nos serviços de saúde, aspecto que impulsionou o desenvolvimento desta investigação (PUGGINA, 2016).

Considerar a educação permanente (EP) como estratégia de mudança da prática é acreditar que a EP é a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar devem se incorporar nos processos de trabalho das organizações. É realizada a partir de problemas reais vivenciados na prática levando-se sempre em consideração as experiências e conhecimentos prévios de cada um, possibilitando que a formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde sejam orientados pelas necessidades de saúde (PEREIRA, 2014).

3.1.2 Serviço de educação permanente em saúde: Uma aposta para organização e qualificação do processo de trabalho em saúde

A educação permanente em saúde no ambiente hospitalar é necessária em todo o processo de trabalho da enfermagem executado em instituições de saúde. Sendo as instituições hospitalares ambientes com vários níveis de complexidade, onde grande parte dos profissionais de saúde presta seu trabalho, e também necessitam de uma grande parte de mão de obra de pessoas de várias áreas para suas áreas de apoio como administração, higienização, manutenção, farmácia, almoxarifado, entre outras áreas. O trabalho, porém, geralmente é executado de forma fragmentada, o que intensifica a lacuna existente entre as ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem, acarretando a fragmentação da pessoa a ser cuidada (AMESTOY, 2018).

Outro agravante que ainda perdura na prática da saúde é a lógica tecnicista, cuja ênfase está no saber-fazer em detrimento do saber-se. Neste cenário, a execução do trabalho torna-se uma obrigação, na qual a participação ativa e prazerosa é substituída por uma ação mecanizada. Consequentemente, os profissionais ingressam no mercado de trabalho de uma sociedade impregnada de déficits de solidariedade e portadora de um espírito amplamente competitivo e de duvidoso valor ético. Cumpre lembrar que os profissionais de enfermagem irão cuidar de uma sociedade que está inserida. (AMESTOY, 2018).

3.1.3 Educação permanente em saúde: Uma forma de cuidado e valorização dos profissionais de enfermagem

Nas interações de cuidado os seres humanos vão construindo seu próprio ser, à medida que vão tomando consciência que é sua a responsabilidade por atitudes, comportamentos e hábitos, positivos ou negativos, saudáveis ou não. Percebe-se então, o cuidado como uma forma de intervir e transformar situações, pessoas ou coisas, ocorrendo pelo encontro entre eles (FERRAZ, 2016).

A vivência desse encontro produz significado próprio a cada um, provocando transformações quer sejam físicas, emocionais, culturais e éticas. Inclui-se nessa interação de cuidado, a objetividade e a subjetividade do ser humano, deixando de ser apenas um ato mecânico, para tornar-se um vínculo que os sensibilizam a este

contato. Esse “estar com” favorece a manifestação da intersubjetividade, em que existe a percepção de um em relação ao outro, pois o princípio fundamental para garantir a qualidade ao cuidado é partir da reflexão de que aquela pessoa a ser cuidada tem semelhanças com o nosso ser, ou seja, necessita-se a compreensão do ser e agir do outro, num movimento de empatia recíproca, em que cada um revela a sua essência (FERRAZ, 2016).

A realização de procedimentos técnicos bem definidos e destinados a produzir resultados à melhoria da saúde faz do ser humano assistido pela técnica, um objeto de conhecimento e intervenção técnico-científica configurando este ato como “tratar”. Porém, é preciso que o “cuidar” não seja visto apenas como uma pequena tarefa parcelar das práticas de saúde, pois o cuidado busca ser um espaço relacional, que considera o ser humano assistido, não somente como objeto, mas também como sujeito, uma vez que a atitude de cuidado precisa se expandir para uma prática que vislumbre a totalidade do ser humano (FERRAZ, 2016).

Nesta perspectiva o ato de cuidar significa dedicar tempo, atenção, disponibilidade, zelo, carinho, conforto, respeito, solidariedade, compaixão, competência e ética, que se processa por meio de uma relação de horizontalidade e igualdade em que o sujeito-cidadão do cuidado e o sujeito-cuidador são coparticipes dessa construção (FERRAZ, 2016).

Todavia, para que o cuidado seja realmente efetivo, o sujeito cuidador deve inicialmente conhecer e cuidar de si próprio, pois para cuidar de alguém é preciso conhecer suas potencialidades e limitações, para a partir desse momento, conseguir conhecer e atender as necessidades do outro. Este modo de compreender o cuidado implica na busca do equilíbrio entre o atendimento das necessidades do sujeito-cidadão do cuidado e do sujeito-cuidador. O desequilíbrio desta relação manifesta-se quando se cuida mais de si mesmo do que do outro, podendo com isto gerar condutas tecnicistas e a mecanização do cuidado. No outro extremo, quando se cuida mais do outro do que de si mesmo, corre-se o risco de levar o sujeito cuidador ao estresse, ao cansaço, a frustração, a desmotivação e ao burnout (FERRAZ, 2016).

A educação dos profissionais de enfermagem merece maior atenção, uma vez que há necessidade de preparar as pessoas para as mudanças no mundo e no contexto do trabalho, procurando se conciliar as necessidades de desenvolvimento pessoal e grupal com as da instituição e as da sociedade. Ao identificar as atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no desempenho de suas funções,

verifica-se a necessidade de reafirmar a questão educativa como compromisso com o crescimento pessoal e profissional, visando a melhorar a qualidade da prática profissional (PASCHOAL, 2006).

Também, constata-se que, no contexto da formação e do desenvolvimento profissional, tal questão pode ser percebida sob diferentes vertentes, tais como: educação permanente, educação em serviço e educação continuada. Assim, compreende-se que a formação profissional de qualidade deve ter sólida base de formação geral, que não se completa na escola, mas sim dentro do processo evolutivo do ser humano, por meio da educação permanente. Desse modo, ocorre a complementação para a formação integral do indivíduo (PASCHOAL, 2006).

3.1.4 Educação em serviço: Qualificação de futuros profissionais de enfermagem para melhoria da assistência prestada em área de obstetrícia e pediátrica em instituições de saúde

O processo de viver humano “manifesta-se na dinamicidade dos significados que os seres humanos dão às suas vidas ao longo do processo de pré-conceber, nascer, crescer, desenvolver, envelhecer, morrer e transcender” (MAGALHÃES, 2006).

Neste processo que vai da concepção à morte, o ser humano passa por fases na vida, as quais influenciam seu modo de viver e ser saudável. Um destes momentos diz respeito às atividades que assume com a chegada da vida adulta: o trabalho. Assumir um emprego nem sempre é tarefa fácil, exige enfrentamentos, abertura para o novo, situações que podem ser favoráveis ou desfavoráveis para o crescimento pessoal e profissional (MAGALHÃES, 2006).

Pensando as especificidades do trabalho da enfermagem, em especial aquelas vivenciadas por técnicos(as) de enfermagem recém-admitidos(as) em instituições de saúde, é que abordamos neste estudo, o processo de viver deste grupo profissional, na perspectiva de apreender a sua realidade, buscando através da discussão coletiva construir espaços que propiciem o viver saudável (MAGALHÃES, 2006).

A atenção obstétrica e neonatal vem passando por grandes transformações nos dias de hoje e a sua reestruturação requer a disponibilidade de serviços de planejamento familiar, pré-natal para o risco habitual e alto risco, serviços

especializados para atendimento das emergências obstétricas e partos, incluindo os de alto risco, leitos de UTI Adulto e neonatal, leitos de berçário para cuidados intermediários, bem como, a constituição de casas de apoio à gestantes de risco com dificuldades de acesso geográfico e à puérperas que permanecem com seus bebês internados. Ao mesmo tempo também implica na humanização do atendimento que é proporcionada através da sensibilização e atualização profissional das equipes do sistema de saúde como um todo (BACKES *et al*, 2017).

3.2 A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE NÍVEL MÉDIO

A educação profissional em saúde foi legalmente constituída pela lei n.4.024, de 1961, decorrente da necessidade de programas de saúde e melhorias da organização sanitária. Quanto à educação profissional técnica de nível médio em Enfermagem, os marcos legais foram a regulamentação do curso em 1966 e, posteriormente, o reconhecimento no ano de 1986 com a criação da lei n.7.498 regulamentada pelo Decreto n.94.406, de 1987, que por vez dispõe sobre o exercício profissional de enfermagem (LEITE; PINTO; FAGUNDES, 2020).

A história nos mostra um cenário onde a formação de técnicos associou-se à valorização enfática do conhecimento específico, direcionado assim, para o sustento do modo de produção capitalista. Cabe aqui ressaltar, que esse contexto é ainda mais grave no caso da saúde, cujo trabalho se caracteriza pelas incertezas decorrentes da indeterminação das demandas, pela descontinuidade e pela disponibilidade para atender a todos os casos, inclusive aqueles excepcionais, onde demandam de um conhecimento maior sobre áreas específicas (WERMELINGER *et al.*, 2020).

O trabalho e, especialmente, o trabalhador da saúde tem sido encarado como um dos pilares que viabilizam a cobertura e o acesso universal à saúde, entretanto a realidade ainda está longe do ideal. O fato é que o atual cenário demonstra os profundos desequilíbrios e lacunas na disponibilidade, distribuição, composição, competência e produtividade dos recursos humanos de saúde, principalmente no Sistema Único de Saúde. Fato este que se torna evidente diante de situações que necessitam de treinamento específico entre diversas áreas do conhecimento (WERMELINGER *et al*, 2020).

A Educação Permanente em Saúde, pertencente à Política Nacional de

Educação Permanente em Saúde (PNEPS) define-a como a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações e processo de trabalho, propondo que processos de educação para os trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização da própria prática, e que, a partir dos problemas detectados no local de trabalho sejam ajustados com treinamentos (BRASIL, 2018). Esta é o enfoque educacional reconhecido como o mais adequado para produzir mudanças na atuação profissional e nos contextos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipe e a capacidade de gestão de processos, capacitando as equipes continuamente como a melhor forma de garantir a segurança da assistência (SADE *et al.*, 2020).

Já a Educação Inter Profissional em Saúde (EIP) consiste em ocasiões nas quais membros de duas ou mais profissões aprendam juntos, de forma interativa, com o propósito explícito de avançar na perspectiva da colaboração, tendo como prerrogativa a melhoria na qualidade da atenção à saúde. Procurando manter um entrosamento entre as diferentes profissões e, capacitando o técnico de enfermagem para colaborar com toda a equipe multiprofissional (BRASIL, 2020).

Sendo assim, no campo da organização dos serviços de Enfermagem, particularmente no que se refere aos recursos humanos, cada categoria profissional [técnico de enfermagem e enfermeiro] corresponde a um processo de formação próprio. Onde as atividades do técnico de enfermagem variam dependendo do serviço onde estão inseridos e do setor que atuam. Onde o curso técnico de enfermagem é uma formação de nível médio que inclui disciplinas teórico práticas.

3.3 A EDUCAÇÃO TÉCNICA DE ENFERMAGEM NAS ÁREAS DE OBSTETRÍCIA E NEONATOLOGIA

O técnico de enfermagem que inicia sua carreira profissional nas áreas de obstetrícia e neonatologia, demonstra sentimentos vivenciados diante da fragilidade dos pacientes muito pequenos e das parturientes, hoje cada vez mais empoderadas e encorajadas para o momento de parturição, enquanto o profissional técnico de enfermagem não apresenta conhecimento suficiente para sua atuação nas áreas referidas. A necessidade de capacitação e de entendimento quanto suas atividades dentro das áreas de obstetrícia e neonatologia são desafios para as instituições.

3.3.1 Obstetrícia e a atuação do técnico de enfermagem

Para formação em técnico de enfermagem o aluno deve possuir nível médio completo e cursar um curso técnico. O curso técnico em enfermagem possui, atualmente, a carga horária de 1200 horas de componentes teóricos, sendo que a carga horária de estágio obrigatório, deverá ser acrescida a esta. (COFEN, 2019).

O técnico de enfermagem no cenário atua da obstetrícia e neonatologia deve estar apto a realizar procedimentos de baixa complexidade, reconhecer materiais e específicos da obstetrícia e neonatologia, saber auxiliar os profissionais médico obstetra e neonatologista e o enfermeiro obstetra em situações de necessidade como partos distócicos por exemplo.

3.3.1.1 Definição do centro obstétrico

O Centro Obstétrico é a unidade de atendimento ao parto normal e/ou cirúrgico de risco habitual e alto risco. É um ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que devem estar relacionados a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2008).

O setor deve dispor de todo instrumental, material, medicamentos, incluindo quarto pré-parto, parto e pós-parto (PPP), poltrona para o acompanhante, métodos não farmacológicos para dor como: chuveiro, bola de bobath ou cavalinho, barra fixa e banheira.

3.3.1.2 O parto

O parto até meados do século XX era um evento de natureza íntima e privativa, sendo compartilhado apenas por mulheres e considerado um fenômeno natural cercado de significados culturais. Por vez, seu nascimento era celebrado como um evento marcante na vida das mulheres. Porém no decorrer dos anos aconteceram mudanças que tornaram esse evento como médico-hospitalar. Nesse contexto o Brasil ampliou políticas públicas para a realização da assistência obstétrica e neonatal, visando à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (ROCHA *et al.*, 2017).

3.3.1.3 Função do técnico de enfermagem no centro obstétrico

A função do técnico de enfermagem no centro obstétrico é de acolher a gestante na sua chegada e realizar os cuidados prescritos pela equipe médica e pela enfermeira obstetra. No centro obstétrico este é responsável pelo preparo e organização dos materiais para realização do parto, por isso, faz-se necessário o conhecimento de todo instrumental específico do setor, do auxílio ao médico obstetra ou a enfermeira obstetra diante de manobras necessárias para a realização do mesmo.

3.3.1.4 Condições especiais obstétricas

Durante o nascimento podem ser necessárias algumas manobras para auxílio do parto. Pois, alguns procedimentos muitas vezes são necessários em partos que apresentem distócia de ombro, que ocorre quando a impactação óssea do diâmetro biacromial fetal se dá entre o púbis e o promontório sacral materno.

Esta é definida como uma entrega em que é necessária manobra adicional, além da tração suave da cabeça fetal para concluir a entrega do bebê, ocorrendo em 0,2 a 3,0 por cento de todos os nascimentos. Embora o esforço em tentar encontrar fatores de risco ante e intraparto, a grande maioria dos casos serão diagnosticados somente no momento da expulsão fetal (AFONSO *et al.*, 2017).

Esta é uma das emergências obstétricas mais temidas e imprevisíveis do parto, visto a imprevisibilidade de sua ocorrência. Profissionais que realizam o auxílio em partos devem estar atentos para os sinais de eminência da distócia. O pronto diagnóstico e o manejo adequado facilitam um desfecho favorável materno e fetal.

Alguns fatores podem estar relacionados ao risco da distócia, tais como: macrossomia fetal, diabetes gestacional, primeiro ou segundo períodos do parto prolongados, multiparidade, gestação prolongada, parto instrumentalizado, trabalho de parto precipitado, induzido ou prolongado e distócia de ombro em parto anterior (NUNES *et al.*, 2017).

Durante o atendimento a uma distócia de ombro é necessário manter a calma e ter conhecimento dos processos de manejo para com a distócia. Sendo assim, os profissionais devem estar capacitados para a realização das manobras, sempre de maneira menos invasiva para a mais invasiva, e, em qualquer posição que a

parturiente esteja, deverá informá-la sobre o que está acontecendo, pois, é de grande importância que ela concorde e colabore durante o manejo de retirada do bebê.

Após o desprendimento do pólo cefálico teremos então sessenta segundos para a realização das manobras, que se iniciam em tracionar o pólo cefálico com as mãos espalmadas com tração leve, com cuidado e firmeza, preocupando-se para não exercer força maior. Sendo assim, esta trata-se da primeira manobra para distócia de ombro.

Ainda dentro deste contexto podemos citar algumas manobras, tais como:

- a) Manobra de McRoberts: consiste na hiperextensão da coxa sobre o abdome quando a parturiente estiver deitada. Caso a parturiente estar em posição vertical a mesma deverá aumentar o agachamento.
- b) Manobra de RubinI: consiste na pressão supra púbica por trinta segundos de forma contínua e diagonal, caso, não haja sucesso, deverá ser utilizada a posição de quatro apoios ou a Manobra de Gaskin. Estudos demonstram que no diagnóstico de distocia de ombro a Manobra de Gaskin deve ser a primeira opção.
- c) Manobras como RubinII, Woods, Jacquemiere Zavanelli: consistem em recolocar a cabeça fetal dentro do útero mediante a anestesia geral e proceder à cesariana (NUNES *et al.*, 2017).

Outra emergência obstétrica se dá no prolapso de cordão umbilical. Por vez, este traz consigo grandes riscos e complicações de saúde ao feto. Esse evento é caracterizado pela saída do cordão a frente da apresentação, ou seja, ocorre quando o cordão sai antes do feto, ocorrendo em menos de um por cento das gestações. Todavia, podem causar o óbito fetal caso não diagnosticado a tempo e realizado intervenção momentânea (SILVA *et al.*, 2019).

3.3.1.5 Materiais necessários para o centro obstétrico

Na obstetrícia temos alguns materiais específicos que as equipes devem estar atentas. Todos da equipe devem ter acesso caso ocorra um momento de emergência, como por exemplo, o instrumental denominado fórceps (SIMPSOM, KIELAND) instrumento este utilizado na obstetrícia pelo médico obstetra para a retirada do feto quando a contração natural não for suficiente. Outro instrumento importante é o vácuo extrator, material que possui ventosa fabricada com material de silicone conectada a

um vácuo que fará a sucção do bebê quando necessário.

3.3.2 Neonatologia

A neonatologia é um ramo da pediatria que cuida dos recém-nascidos desde seu nascimento até os 28 dias de vida. A partir desse período, eles deixam de ser considerados recém-nascidos e passam a ser lactentes. Essa especialidade foi criada principalmente para diminuir os índices de mortalidade perinatal. O cuidado com a saúde dos recém-nascidos tem importância fundamental para a redução da morbimortalidade infantil, ainda elevada no Brasil, assim como a promoção de melhor qualidade de vida e a diminuição das desigualdades em saúde (BRASIL, 2012).

3.3.2.1 A necessidade de capacitação específica para os profissionais de enfermagem de nível médio

Para tanto é necessário a realização de capacitação para profissionais de enfermagem que realizam atendimentos ao recém-nascido.

Conforme a resolução COFEN 516/2016 normatiza-se a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência e estabelecer critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. (COFEN, 2016)

O atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal) (BRASIL, 2014). Após esse período o RN saudável sem necessidade de UTI neonatal ou cuidados especiais, deve mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pela assistência.

Portanto para o desenvolvimento de tais práticas o profissional técnico de enfermagem deve estar capacitado e sensibilizado para atuar na área de neonatologia.

3.3.2.2 Atribuições do técnico de enfermagem no atendimento ao RN

Segundo o COFEN (2014) cabe ao técnico de enfermagem exercer atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de enfermagem como, assistir ao enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem, cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave, na prevenção e controle das doenças transmissíveis e controle sistemático da infecção hospitalar, na prevenção de danos físicos aos pacientes durante a assistência de saúde, executar atividades de enfermagem, exceto as privativas do enfermeiro e ser integrante da equipe de saúde.

Quando o RN apresentar condições clínicas satisfatórias, segundo a OMS (2018) considera- recém-nascido sadio, todo RN nascido com mais de 2 quilos, mais de 35 semanas de gestação e índice de APGAR maior que 6 no 5º minuto. Os seguintes cuidados mediatos devem ser realizados: estimular o contato pele a pele, estimular a amamentação na primeira hora após o parto, Identificação do RN na presença da mãe, Laqueadura do cordão umbilical, Prevenção da oftalmia gonocócica pelo método de Credé, aferição da antropometria, Prevenção do sangramento por deficiência de vitamina K. Os RNs estáveis devem permanecer com suas mães e ser transportados ao alojamento conjunto.

Em casos especiais o técnico de enfermagem deverá realizar controle de glicemia capilar do recém-nascido conforme a prescrição médica.

3.3.2.3 Alojamento conjunto

Alojamento Conjunto é o local em que a mulher e o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanecem juntos, em tempo integral, até receberem a alta (BRASIL, 2016).

O Alojamento Conjunto deve possibilitar a atenção integral à mulher e ao recém-nascido, por parte da equipe do serviço de saúde, deve favorecer o estabelecimento do vínculo afetivo entre o trinômio (pai, mãe e filho), propiciar a interação do novo integrante recém-nascido com a família, efetivar o aleitamento materno respeitando as características individuais de cada família, proporcionar o autocuidado e os cuidados com o bebê com orientação passadas pelos integrantes da equipe de saúde, proporcionar o contato direto dos pais com a equipe

multidisciplinar do alojamento conjunto. O Alojamento Conjunto é destinado a mulheres e recém-nascidos clinicamente estáveis e em condições de permanecerem juntos durante a internação, são considerados recém-nascidos com boa vitalidade aqueles com capacidade de controle térmico, peso igual ou superior a 1800gr, idade gestacional maior ou igual a 34 semanas de gestação (BRASIL, 2016).

O serviço de saúde deve realizar a gestão interna dos leitos, proporcionando privacidade às gestantes em tratamento ou mulheres que sofreram perdas gestacionais para que as mesmas não permaneçam em enfermarias junto as puérperas e seus bebês.

Os profissionais que prestam seus serviços no alojamento conjunto devem fazer parte de uma equipe multiprofissional com enfermeiros especialistas em obstetrícia e neonatologia, médicos obstetras e pediatras, técnicos de enfermagem, psicólogos, fonoaudiólogos, assistente social, nutricionista para o atendimento de qualidade as pessoas que necessitam dos cuidados do alojamento conjunto.

Os profissionais devem avaliar diariamente as puérperas e seus filhos, evitando as complicações do pós parto para o binômio, realizando educação em saúde como autocuidado e os cuidados com o recém-nascido, estimular o contato pele a pele e a posição canguru, orientar e estimular o aleitamento materno, orientar sobre os riscos da amamentação cruzada, em casos de puérperas que são impossibilitadas de amamentar o serviço deve proporcionar a alimentação do bebê conforme prescrição nutricional, devem desfazer mitos relacionados ao período gravídico-puerperal, nascimento e vida sexual.

As puérperas internadas no alojamento conjunto têm direito há um acompanhante de sua livre escolha conforme determina a Lei 11.108 de 07 de Abril de 2005, o serviço de saúde deve adequar alojamento para o acompanhante junto ao binômio. A avaliação diária do RN deve ser realizada no seu próprio berço na presença dos pais. O serviço também deve adotar as técnicas não farmacológicas para dor em RN nos casos de procedimentos dolorosos, deve utilizar de sucção não nutritiva, ou seio materno previamente ao procedimento, realizar técnica de envelopamento com lençol, posição confortável entre outras.

O recém-nascido deve ser transportado sempre em berço dentro do alojamento conjunto como normas de boas práticas para a segurança do paciente, na alta deve ser encaminhado por profissional de enfermagem até a recepção da instituição, e deve orientar os familiares ao uso do bebê conforto. (BRASIL, 2019).

3.3.3 Cuidados de enfermagem à gestante e ao recém-nascido

Alguns cuidados com a gestante e o recém-nascido são de grande relevância para um desfecho favorável para o binômio. Sabemos que situações como hipertensão e diabetes gestacional são causas de óbito materno, um atendimento adequado ao recém-nascido logo após o nascimento são fundamentais para a adaptação a vida extra uterina, por isso a necessidade do cuidado dos profissionais de enfermagem para com este público.

3.3.3.1 Cuidados de enfermagem com a gestante hipertensa

Realização do controle da pressão arterial, a pressão arterial deve ser cuidadosamente monitorada na gravidez. A hipertensão na gestação pode causar riscos para a saúde da mãe e do feto, e é a principal causa da mortalidade materna. Durante a gestação, a pressão arterial sofre uma pequena queda no primeiro trimestre, um dos motivos é a implantação da placenta no útero, a pressão se acentua no segundo trimestre e volta ao normal no terceiro. Apesar disso, algumas mulheres apresentam quadros hipertensivos sendo assintomáticas. Reconhecer os valores de alteração da pressão sistólica e diastólica na gestante pode garantir um desfecho favorável para a mãe e o bebê. (BRASIL, 2012).

A hipertensão gestacional pode aparecer a partir da 20ª semana de gestação em mulheres sem histórico de hipertensão prévia. Apesar de ser um problema menos grave do que a pré-eclâmpsia, a elevação da pressão arterial durante a gravidez pode trazer prejuízos à saúde da mulher e do feto. Durante a gestação a pressão arterial elevada pode acarretar alterações do fluxo sanguíneos na placenta, restrição de crescimento do feto, descolamento prematuro da placenta. (BRASIL, 2010).

A cada consulta de pré-natal a pressão arterial deve ser verificada rigorosamente de preferência com aparelhos confiáveis e calibrados, os profissionais devem estar atentos quando a aferição apontar valores iguais ou superiores a 140x90mm/Hg, sendo este o valor pressórico limite para as gestantes. As gestantes que apresentarem valores iguais ou acima de 160x110mm/Hg podem ser considerados casos graves. Além de ser fator pré disponível para no futuro a mulher apresentar hipertensão crônica.

A condição hipertensiva na gestação pode ser causada por vários fatores,

porém a prevenção para esta condição passa por uma alimentação equilibrada com pouco sal, atividades físicas e aferição regular da pressão arterial para identificar oscilações. Ao constatar oscilações a gestante pode ter sua pressão aferida em repouso, com permanência em observação dentro do ambiente hospitalar. (BRASIL, 2010).

Cuidados de Enfermagem:

- a) Explicar à gestante e ao seu acompanhante todo o processo e a necessidade de períodos de repouso em decúbito lateral esquerdo.
- b) Permitir que a gestante e seu acompanhante possam realizar perguntas e sanar suas dúvidas.
- c) Manter o ambiente tranquilo sem barulho e sem alta luminosidade.
- d) Monitorar os sinais vitais de hora em hora ou deixar a gestante em monitorização contínua de acordo com a prescrição médica.
- e) Coletar material para realização de exames laboratoriais, caso seja solicitado pela equipe médica.
- f) Orientar a gestante sobre a importância de relatar sintomas que venham a ocorrer como cefaleia, alterações visuais, tonteira e dor epigástrica.
- g) Puncionar e manter acesso venoso periférico de bom calibre conforme a necessidade.
- h) Administrar medicações prescritas pelo médico.
- i) Manter grades laterais elevadas para evitar lesão em caso de convulsão.
- j) Ter sempre o material preparado, disponível e funcionando para oxigênio terapia.
- k) O carro de emergência deve estar sempre disponível e com a realização do controle de materiais e medicamentos em dia para necessidade em eventuais casos de parada cardiorrespiratória.
- l) Manter uma sala cirúrgica preparada e disponível caso haja necessidade de realização de cesariana.
- m) Manter todo material disponível para reanimação do RN caso necessário.

3.3.3.2 Obstrução das vias aéreas por corpo estranho em recém-nascido

Uma condição grave e inesperada é a obstrução das vias aéreas por corpo

estranho em recém nascidos, podendo levar ao óbito se não forem realizadas as manobras necessárias para a resolução do problema. O profissional de enfermagem que trabalha em alojamento conjunto deve estar capacitado para realizar a manobra de Heimlich e realizar a capacitação para a mãe e o familiar acompanhante antes da alta do binômio.

3.3.3.3 Engasgo no recém-nascido e a manobra de Heimlich

O engasgo é uma manifestação do organismo para expelir alimento ou objeto que toma um “caminho errado”, durante a deglutição. O engasgo é considerado uma emergência, e em casos graves, pode levar a pessoa à morte por asfixia ou deixá-la inconsciente por um tempo. Sendo assim, agir rapidamente evita complicações. (BRASIL, 2017).

Uma das principais ocorrências de acidentes com bebês e crianças é o engasgo. Ele pode ocorrer com os bebês recém-nascidos, que engasgam com o leite, e também com crianças mais crescidas, que costumam levar a boca vários tipos de objetos. Esse evento pode ser potencialmente fatal, é importante reconhecer a obstrução, manter a calma e ter conhecimento para a realização das manobras necessárias para o restabelecimento das vias aéreas do indivíduo. (BRASIL, 2017).

Para o atendimento rápido e eficaz os profissionais e também os cuidadores devem estar capacitados para evitar consequências graves. O projeto de Lei nº 31/2019, anexo C, torna obrigatória nos Hospitais e Maternidades no município de Criciúma, da rede pública e particular, a realização de treinamento específico com as mães, para salvamento em casos de engasgo em todas as crianças nascidas em suas dependências e dá outras providências.

Na realização da manobra de Heimlich, o profissional ou pessoa habilitada deve posicionar-se por trás e enlaçar a vítima com os braços ao redor do abdome (se for uma criança, ajoelhe-se primeiro), caso ela esteja consciente. Uma das mãos permanece fechada sobre a chamada “boca do estômago” (região epigástrica). A outra mão comprime a primeira, ao mesmo tempo em que empurra a “boca do estômago” para dentro e para cima, como se quisesse levantar a vítima do chão. Faça movimentos de compressão para dentro e para cima (como uma letra “J”), até que a vítima elimine o corpo estranho. (BRASIL, 2017).

No caso de engasgo em bebês, deve-se colocar o bebê de bruços em cima

do seu braço fazendo cinco compressões entre as escápulas (no meio das costas). Vire o bebê de barriga para cima em seu braço e efetue mais cinco compressões sobre o esterno (osso que divide o peito ao meio), na altura dos mamilos. Tente visualizar o corpo estranho e retirá-lo da boca delicadamente. Se não conseguir, repita as compressões até a chegada a um serviço de emergência (pronto socorro ou hospital). Esses procedimentos são válidos somente se a criança ou o adulto engasgado estiverem conscientes. Vítimas inconscientes precisam de atendimento hospitalar rapidamente. Os primeiros socorros para asfixia ou engasgo devem ser tomados até que seja possível o atendimento especializado. (USP, 2017).

3.3.3.4 Punção de Calcâneo em recém-nascido

O cuidado com a saúde do recém-nascido (RN) tem importância fundamental para a redução da mortalidade infantil, ainda elevada no Brasil, assim como a promoção de melhor qualidade de vida e a diminuição das desigualdades em saúde. (ECA).

Os bebês internados em instituições de saúde sofrem várias intervenções invasivas durante o tratamento uma delas é a punção do calcâneo para obtenção de sangue para realização de vários exames como: hemoglicoteste, microematócrito, teste do pezinho entre outros. O local de escolha para o procedimento deve ser a Face lateral ou medial do calcanhar. Nunca realizar a punção no centro do calcanhar, pois esse procedimento está associado à maior incidência de osteomielite, celulite e cicatrizes (BRASIL, 2014).

A técnica para realização do procedimento deve ser a seguinte:

- a) Lavar as mãos e calçar luvas de procedimento para prevenir contaminações;
- b) Dispor de alguma técnica não farmacológica para dor;
- c) Expor e aquecer o pé para aumentar a vascularização;
- d) Escolher o local da punção, face lateral ou medial do calcanhar, nunca utilizar o centro do calcanhar;
- e) Envolver o calcanhar com a palma da mão e o dedo indicador;
- f) Fazer uma rápida punção com a lanceta;
- g) Evitar punções excessivamente profundas;
- h) Aproximar a tira reagente ou o tubo capilar ou papel absorvente da gota de sangue formada;

- i) O sangue deve fluir sem que a área do calcanhar perfurada seja espremida;
- j) Após a coleta, comprimir o local da punção com gaze ou algodão até promover completa hemostasia;
- k) Retirar as luvas e lavar as mãos para prevenir contaminação.
- l) Todo procedimento deve ser realizado na presença da mãe ou cuidador da criança.

3.3.3.5 Higiene corporal do recém-nascido e da puérpera: Mitos e verdades

A higiene corporal do RN tem ação antimicrobiana e estética, promovendo conforto. Para os neonatos, tanto no primeiro banho como nos seguintes, recomenda-se utilizar sabonetes neutros, sem perfume ou corantes, sabonetes alcalinos alteram o PH da pele do recém-nascido, podendo destruir a camada ácida protetora da epiderme (TAMEZ, 2016)

A recomenda a realização do primeiro banho do recém-nascido em até 24 horas após o nascimento, mantendo a pele com a camada protetora do vernix caseoso, o que melhora a adaptação da transição do neonato do meio intrauterino aquoso para o ambiente extrauterino seco, promovendo a função antimicrobiana e a hidratação da pele. A OMS também recomenda postergar o banho pelo menos por 6 horas após o nascimento, devendo apenas ser removido restos de sangue e mecônio, sem o uso de agentes químicos. (OMS 2017).

A pele do recém-nascido é um órgão imaturo, porém já desenvolve funções, como a proteção contra agentes nocivos, através do vernix caseoso. Portanto o primeiro banho no recém-nascido pode interferir na sua adaptação ao meio extrauterino, alterando os seus sinais vitais e a sua proteção térmica que quando modificada pode causar hipotermia, quadros sugestivos para estresse, risco de dermatite por irritação da pele, por isso o primeiro banho deve ser realizado em ambiente pré-aquecido, com tranquilidade e segurança.

O banho do recém-nascido proporciona uma série de estímulos, o RN pode responder através de mudança comportamental aos estímulos externos, refletindo na organização interna do RN. O banho deve ser realizado na presença da mãe no alojamento conjunto, possibilitando a equipe demonstrar técnicas de banho e higiene do coto umbilical e é um momento propício para realizar orientações sobre os cuidados com o bebê para os pais e familiares.

Etapas do primeiro banho do RN segundo POP Ebserh-2021:

- a) Prepara todo material para o banho (água morna, sabonete neutro, toalha, bacia, banheira ou pia própria para banho conforme a disponibilidade da instituição, vestimentas do RN).
- b) Enrolar o bebê em campo ou cueiro, mantendo a cabeça/pescoço para fora - iniciar lavando a cabeça (procedimento realizado com o bebê fora da água).
- c) Proteger as orelhas com os dedos.
- d) Lavar a face com água e fora da água.
- e) Secar a cabeça do bebê e face.
- f) Iniciar a imersão do RN posição ventral, segurando pela região axilar apoiado no antebraço. Ensaboar toda região dorsal com pouca quantidade de sabão, enxaguar. Realizar o ensaboamento com o bebê imerso. A quantidade de água deve ser suficiente para imersão total do recém-nascido mantendo a água até o tórax.
- g) Realizar a mudança de posição do RN de ventral para dorsal na banheira, procedendo com a higienização do tórax, abdômen, ensaboamento do coto umbilical.
- h) Retirar o RN da água, secando com toalha, o mesmo deve permanecer enrolado.
- i) Realizar a higiene do coto umbilical com gaze e álcool a 70%.
- j) Iniciar a colocação das vestimentas para evitar a perda de calor.

Alguns mitos estão relacionados ao banho da mulher durante o puerpério, que é o período após o nascimento do bebê no qual ocorrem modificações no corpo, organismo e psicológico da mulher popularmente conhecido com quarentena, dieta ou resguardo. Esse período consiste em seis a oito semanas após o parto, e pode ser dividido em três momentos:

- a) Puerpério imediato (1º ao 10º dia),
- b) Puerpério tardio (11º ao 45º dia) e
- c) Puerpério remoto (a partir do 45º dia).

O puerpério inicia após a dequitação placentária, onde acontecem modificações nas mamas, inicia a descida de colostro, mas a descida do leite ocorre até o terceiro dia após o parto. Neste período é de suma importância a avaliação da involução uterina, ferida operatória, sangramentos e avaliação das mamas para evitar possíveis complicações no puerpério. (Sartori et al, 2020)

O período do puerpério pode ser influenciado por diversos fatores, por ser essa fase da vida da mulher permeada por um grande número de crenças populares e tabus, que orientam para os perigos que as mulheres podem sofrer nesse período. Essas crenças são baseadas em experiências não empíricas vindas principalmente de familiares, como mães, avós, tias, que acreditam que comer alimentos como carne suína, peixes, legumes crus, lavar os cabelos, sair do quarto ou do leito, ter relações sexuais neste período, poderiam ter algum tipo de prejuízo a mulher como doenças graves e “ficar louca”.

A equipe de enfermagem deve possuir conhecimento técnico e científico para orientar a mulher neste período sobre o autocuidado, deve ter conhecimento sobre as crenças e mitos populares em relação ao puerpério e ter uma aproximação com a família e comunidade para realizar uma assistência de enfermagem de qualidade e de forma humanizada com o objetivo de auxiliar a mulher para que a mesma possa ter autonomia durante esta fase da vida

3.3.3.6 Cuidados imediatos ao recém-nascido na primeira hora após o nascimento

O atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal). A assistência ao RN logo após o nascimento deve basear-se num sistema que garanta cuidados contínuos e de complexidade crescente e adequada ao nível de risco do neonato. O cuidado deve iniciar mesmo antes do nascimento através da anamnese materna, observar se todos os materiais necessários ao atendimento estão disponíveis, e é de suma importância que a equipe esteja bem treinada para realizar os atendimentos necessários aos RNs para todos os graus de complexidade. Após esta primeira avaliação o RN (no caso de RNs saudáveis a avaliação deve ser realizada na presença da mãe) deve ser colocado pele a pele e estimulada à amamentação.

Os procedimentos subsequentes podem ser realizados pelo técnico de enfermagem como a:

- a) Identificação do RN na presença da mãe;
- b) Aferição das medidas antropométricas do RN;
- c) Administração de colírios para prevenção da oftalmia gonocócica;
- d) Administração por via intramuscular da vitamina K.

e) Identificação do recém-nascido:

Para o protocolo de segurança do paciente do ministério da saúde do Brasil a identificação de todos os pacientes deve ser realizada em sua admissão no serviço através de uma pulseira de identificação. Essa informação deve permanecer durante todo o tempo que paciente estiver submetido ao cuidado. A identificação do recém-nascido requer cuidados adicionais. A pulseira de identificação deve conter minimamente a informação do nome da mãe e o número do prontuário do recém-nascido, bem como outras informações padronizadas pelo serviço de saúde. O serviço de saúde deve prever o que fazer caso a pulseira caia ou fique ilegível. (BRASIL, 2014).

Algumas instituições de saúde da região da AMREC realizam a identificação do RN com 02 (duas) pulseiras, uma em membro superior e outra em membro inferior, contendo dados como nome da mãe e data de nascimento, outras utilizam Kits com pulseiras para a mãe o RN e clamp umbilical com código de barras.

No Brasil Santa Catarina é o quarto estado a iniciar a implantação da biometria neonatal em alta definição. O procedimento será realizado numa parceria com Instituto Geral de Perícias- IGP, e iniciará pela Maternidade Darci Vargas na cidade de Joinville e em Florianópolis na Maternidade Carmela Dutra. (SES, 2020).

A digital em alta definição atende os requisitos de segurança como rastreabilidade e compatibilidade, trazendo inúmeros benefícios como garantir maior segurança para as famílias no momento do parto e posteriormente também evitando adoções ilegais, roubos, sequestros e trocas de bebês. (IGP-SC, 2020).

O RN deve ser identificado na presença da mãe logo após o nascimento.

Aferição das medidas antropométricas:

- a) As medidas antropométricas aferidas ao nascimento são: peso, comprimento, perímetro cefálico, perímetro torácico e algumas instituições também utilizam aferição do perímetro abdominal. Estabelecer o monitoramento sistemático dessas medidas, executadas com precisão por membros da equipe de enfermagem e médica, permite a investigação e a identificação do estado nutricional de recém-nascidos pré-termo. (FIOCRUZ, 2020).
- b) A avaliação e monitoramento das medidas antropométricas dos recém-nascidos são úteis para acompanhar o desenvolvimento do bebê, após avaliação as medidas encontradas devem ser anotadas na caderneta de saúde do bebê.

Os equipamentos necessários para a realização do procedimento são:

- a) Balança digital, estadiômetro infantil de mesa e fita métrica. Quanto ao ambiente este deve ser adequado para realização da prática com segurança, os materiais testados previamente e preferencialmente na presença dos pais.

Administração de colírios para prevenção da oftalmia gonocócica:

- a) A oftalmia neonatal é conjuntivite gonocócica ou por clamídia adquirida de maneira transnatal. Sinais e sintomas de edema palpebral, e secreção purulenta desenvolvem-se 2 a 5 dias após o parto. É uma importante doença ocular em neonatos, sendo considerada uma condição potencialmente séria, tanto pelos efeitos locais, quanto pelo risco de disseminação sistêmica. (FIOCRUZ, 2020).
- b) A profilaxia ocular da oftalmia neonatal deve ser feita rotineiramente na 1ª hora após o nascimento, independentemente do tipo de parto. O Manual de Controle das DSTs, de 2016, orientam aplicação única de Nitrato de prata a 1% (Método de Crede), Eritromicina a 0,5% (colírio) ou Tetraciclina a 1% (colírio).
- c) Administração por via intramuscular da vitamina K:
- d) A doença hemorrágica do recém-nascido (HDN) é causada por uma deficiência de vitamina K no bebê que acabou de nascer. Esse problema pode levar o bebê a ter um sangramento que coloca em risco sua vida no período que vai das primeiras horas depois do nascimento até alguns meses. A vitamina K injetável pode prevenir a doença hemorrágica do recém-nascido. (PUCKETT, 2000).
- e) A profilaxia da doença hemorrágica tem por objetivo repor os estoques da vitamina K e assim evitar a ocorrência de sangramentos no recém-nascido. Pode ser realizada por via intramuscular ou oral. Ambas apresentam boa eficácia, sendo a administração intramuscular a mais utilizada no Brasil.

Técnica para administração de medicação via intramuscular:

- a) Lavar as mãos conforme orientação do serviço de infecção hospitalar;
- b) Calçar as luvas de procedimento;
- c) Fazer a desinfecção da ampola ou frasco-ampola;
- d) Aspirar em seringa o medicamento e trocar a agulha;

Selecionar o local para aplicação, em casos de RN procurar administrar no músculo vasto lateral da coxa na face anterolateral, no terço médio, pinçar o músculo com dedo indicador e polegar, introduzir a agulha, tracionar o embolo para certificar

que não puncionou um vaso, administrar o medicamento, retirar a agulha e pressionar o local com algodão seco. (FIOCRUZ, 2020).

Uma das preocupações das equipes da saúde que cuidam de recém-nascidos é com a fixação de sondas e tubos orotraqueais, que podem levar a perda de sondas e em pacientes entubados pode ocorrer a extubação. As extubações acidentais devem ser evitadas, pois podem trazer graves consequências ao paciente, como aumento do tempo de ventilação mecânica, aumento do risco de hipoxemia, atelectasia, pneumonia associada a ventilação mecânica, trauma de vias aéreas, instabilidade hemodinâmica, arritmias e parada cardiorrespiratória. Por isso a equipe deve estar bem treinada para realizar a fixação destes materiais com segurança. Toda extubação acidental deve ser notificada como um evento adverso para ser analisado quando e como ocorreu e também para investimentos em melhorias do serviço.

As trocas das fixações fazem parte dos cuidados de enfermagem, devem ser trocadas a cada 24h ou sempre que apresentarem sujidade. É fundamental que o recém-nascido permaneça bem posicionado, em casos de agitação do RN deve ser utilizado contenção de maneira adequada e confortável, pode ser utilizado um rolo de tecido em forma de ninho, manter vigilância constante do RN, realizar avaliação frequente do tubo ou sonda e realizar avaliação da dor. O material utilizado pode ser tensoplast ou esparadrapo dependendo da padronização da instituição e preferencialmente realizar a troca em duas pessoas.

3.3.3.7 A atuação da enfermagem frente as emergências obstétricas

Na obstétrica existem algumas emergências específicas que são diagnosticados muitas vezes no período expulsivo do parto, ou seja, no segundo período do parto. Para FREBRASGO (2017) A distócia de ombros é uma das emergências obstétricas mais recorrentes em sala de parto ela ocorre pela impactação óssea fetal e materna. Essa emergência é uma das mais temidas pelos profissionais devidos sua imprevisibilidade prévia. Todos os profissionais que assistem partos devem estar atentos a alguns sinais que podem evidenciar uma distócia de ombros e ficarem alertas para o diagnóstico e manejo mais rápido possível. Alguns fatores de risco para ocorrência da distócia podem ser: macrossomia fetal, diabetes gestacional materno descontrolado, primeiro e/ou segundo períodos do trabalho de parto prolongados, gestação prolongada, multiparidade, parto instrumentalizado, trabalho

de parto precipitado, induzido ou prolongado, distócia de ombro em parto anterior. Outros fatores também como o uso de ocitocina, parto instrumentalizado, restringir as mulheres no leito durante a fase ativa do trabalho de parto podem favorecer uma distocia de ombros.

Durante o desprendimento do pólo cefálico um sinal que pode ser diagnosticado como distocia de ombros é o “*chubby face*” fetal, ou sinal de tartaruga, após 60 segundos (um minuto). Geralmente, não ocorre a rotação externa espontânea fetal, mesmo bebês com peso adequado apresentam a face comprimida contra a vulva materna, com mento fixo, e compressão das partes moles da face que causam a impressão de gordura facial excessiva. (FEBRASGO, 2017).

Neste momento para correção da distócia consiste em aumentar o diâmetro anterior- posterior da pelve, diminuição biacromial do feto, no caso de distócia de ombros a tração do pólo fetal cefálico e a pressão de fundo de útero são proscritos, podendo estes causar aumento da impactação óssea.

Durante o atendimento de uma distócia é muito importante que os profissionais mantenham a calma e toda a equipe deve estar preparada e treinada para estes atendimentos. Iniciam-se as manobras sempre a partir da menos invasiva para mais invasiva. Ao iniciar qualquer procedimento a mulher deve ser informada sobre o que está acontecendo e que será necessária a participação dela para um desfecho favorável. Ainda para a FEBRASGO (2017), caso seja necessário a realização de procedimentos mais invasivos, as equipes que fazem o atendimento neste momento devem ter o apoio de dois obstetras experientes, equipe de enfermagem um neonatologista para atendimento imediato do recém-nascido, um anestesista.

Após a confirmação da distocia de ombros deve ser realizada a manobra de McRoberts, ela consiste na hiperextensão das coxas sobre o abdome quando a mulher estiver em posições deitada ou mesmo em litotomia, nos casos de parturientes em posições verticais esta manobra deve ser realizada com aumento de agachamento. Para obter sucesso nestes procedimentos é indispensável que a equipe de enfermagem esteja preparada para o pronto atendimento, pois dentro das salas de partos, a enfermagem exerce várias funções, apesar de que os partos com distocia são de competência assistencial do profissional médico obstetra a enfermeira deve estar atenta para o reconhecimento das distocias e a tomada de providencias

até a chegada do médico (COFEN, 2020).

Fórceps e vácuo extrator são instrumentos utilizados na medicina obstetrícia para auxiliar a retirada de um feto por alguma razão em que a contração natural não é suficiente para o parto ou que esta possa colocar em risco a vida da gestante e/ou do feto.

A Gestação e o parto são momentos marcantes na vida das mulheres. Apesar de seu corpo estar planejado para a reprodução da espécie, desde o início dos tempos, os métodos e os costumes que envolvem este evento têm se modificado ao longo do tempo e nas diferentes culturas. A prática do parto varia muito nos diferentes países e diferentes culturas. Os relatos de parto durante a história são observados de forma que as mulheres eram atendidas somente por mulheres, amigas, parentes, parteiras, um evento extremamente feminino. Posteriormente o parto foi institucionalizado, levado ao ambiente hospitalar e assistido por um profissional médico obstetra, enfermeiras e técnicos de enfermagem (VENDRUSCULO e KRUEL, 2016).

Com o intuito de reduzir a mortalidade materna e infantil alguns instrumentos foram surgindo ao longo dos tempos para auxílio dos profissionais nos partos. O fórceps foi criado no século XVII pelos cirurgiões da família Chamberlen, na Inglaterra (RCOG, 2021).

Entre as vantagens do uso do vácuo-extrator estão: menor força sobre a cabeça do feto, menor necessidade de anestesia, menor índice de laceração e de necessidade de episiotomia. O uso de vácuo-extrator vem crescendo nos últimos anos, sendo que já é mais utilizado que o fórceps em vários países, muitas vezes auxiliando na exaustão materna (EBSERH, 2021).

As indicações e contraindicações para o uso do vácuo extrator são as mesmas para o uso de fórceps, gestação com menos de 34 semanas pelo risco de hemorragia intraventricular fetal; distúrbios da hemocoagulação fetal, doenças do tecido conjuntivo. Entre as vantagens do uso do vácuo-extrator estão: menor força sobre a cabeça do feto, menor necessidade de anestesia, menor índice de laceração e de necessidade de episiotomia procedimento este que hoje vem sendo cada vez menos utilizado.

As equipes que atendem partos devem estar treinadas para o auxílio médico nos usos destes materiais, que devem estar sempre disponíveis nas salas de partos para o uso em situações de urgência e emergência.

3.3.4 A legislação e a obstetrícia

Segundo código de ética da enfermagem, todo profissional de enfermagem tem o dever de exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade, lealdade e sem discriminação de qualquer natureza (COFEN, 2017). Sendo desta forma o tratamento a mulher em seu período gravídico puerperal, para tanto foi necessário ao longo dos tempos o surgimento da Lei sobre a violência obstétrica, anexo A, trazendo para os ambientes de assistência à saúde da mulher uma forma de assistência respeitosa, transformando a mulher em protagonista desse momento, empoderando a mulher com respeito ao que é natural fisiológico e realizando as boas práticas da assistência de enfermagem (ALESC, 2017).

A lei das doulas, anexo B, Lei nº 16.869 de 15 de janeiro de 2016, dispõe sobre a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, e estabelece outras providências (ALESC, 2016).

Durante o parto é comum a mulher se sentir desamparada, a doula cujo nome significa “mulher que serve” vem para facilitar a assistência as mulheres no momento de parturição. Sua função é de dar assistência à mulher no que diz respeito à gestação, parto e cuidados com o bebê, orientar e facilitar a preparação para o parto, encorajar o parto vaginal, tirar dúvidas relacionadas ao parto e ao casal com o novo membro da família que está para chegar, sugerir métodos não farmacológicos de alívio para dor, através de posições ou massagens, oferecer apoio emocional durante e após o parto, apoiar os primeiros cuidados com o bebê realizados pela mãe, a doula atua tanto em casa quanto na maternidade, favorecendo a diminuição da ansiedade, dor medo e facilitando um ambiente mais calmo e acolhedor para a mulher seu bebê e família (FEITOSA 2015).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE PRODUTO

Trata-se de um curso de capacitação profissional para assistência de enfermagem em obstetrícia e neonatologia voltado aos alunos em formação no curso técnico em enfermagem.

4.2 CENÁRIO DE CONSTRUÇÃO DO PRODUTO

O estudo foi realizado em uma Escola Técnica de Enfermagem, inserida em um Hospital do Sul do Estado de Santa Catarina onde foram realizadas aulas explicativas e práticas, realizadas por profissionais enfermeiros especialistas nas áreas de obstetrícia e neonatologia.

A escola de saúde foi fundada em 15 de abril de 1971, completou seus 50 anos de atuação no município de Criciúma em 2021, tem por objetivo a formação de Técnicos em Enfermagem em curso intensivo em período integral durante um ano de curso e curso em período noturno com a duração de dois anos. Inicialmente a finalidade da escola era a formação de auxiliares de enfermagem para atuação na instituição que agrega a escola, ao longo dos anos e com as mudanças nas categorias da classe o curso passou a ser em nível médio e com uma grande procura, sendo que várias instituições buscam profissionais técnicos formados pela referida escola. Em dezembro de 2021 foram formados 71 novos técnicos de enfermagem.

4.3 PÚBLICO ALVO

O público beneficiado foram 57 estudantes do curso técnico de enfermagem.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DO CURSO DE QUALIFICAÇÃO EM OBSTETRÍCIA E NEONATOLOGIA

Os procedimentos para elaboração do produto foram divididos em três momentos:

4.4.1 Levantamento das necessidades

A solicitação por uma capacitação para profissionais de enfermagem de nível médio vem através da abertura de um novo serviço de obstetrícia e neonatologia na instituição vinculada a escola técnica que passa a atender gestantes e recém-nascidos com convênios de saúde e particulares e, portanto, estima necessidade de profissionais capacitados para o cuidado na área da enfermagem.

Após a sinalização da necessidade de um curso de capacitação para alunos do curso técnico em enfermagem foram elencadas as dificuldades do público referido no cuidado as gestantes, parturientes, puérperas e neonatos para posteriormente criar-se a elaboração dos treinamentos conforme demanda elencada. O levantamento foi realizado através da vivencia da mestrandia como gerente de enfermagem em hospital materno infantil.

Posteriormente o levantamento de dados, foram tratados os aspectos de maior relevância juntamente com a direção da Escola Técnica para criação do plano de ação.

Foi realizada uma reunião com a direção da escola para alinhamento das oficinas com aulas teórico praticas com a presença de enfermeiras especialistas em obstetrícia e neonatologia com atuação na área obstétrica, a direção demonstrou interesse na realização das oficinas devido a necessidade de aprimoramento destes futuros profissionais para abertura do novo serviço de obstetrícia na instituição.

4.4.2 Recursos utilizados para estruturação do curso de capacitação

Foram realizadas oficinas com aulas práticas e teóricas por meio de slides e utilização de simuladores artesanais de baixo custo, confeccionados pela autora desse estudo, como, útero com membranas amnióticas de tecido, cordão umbilical, boneca com cabeça e membros de borracha e corpo de tecido. Ainda tiveram materiais e equipamentos da Escola Técnica de Enfermagem como berço aquecido, incubadora, reanimador manual auto inflável. As oficinas contaram ainda com participação de professores (enfermeiros) convidados para colaborar nas capacitações.

4.4.3 Elaboração da proposta do curso de capacitação

As propostas para qualificação da técnica foram estruturadas de acordo com temática e responsáveis conforme quadro a seguir:

Quadro 1 – Temáticas e responsáveis

Data	Conteúdo/atividade	Responsáveis
01/12/21	Doença hipertensiva na gestação: Cuidados de enfermagem	Rita de Cássia Cizeski Pagani
01/12/21	Legislação e a obstetrícia	Emily Darabas e Rita de Cássia Cizeski Pagani
02/12/21	OVACE e Punção de Calcâneo em RN	Ana Carolina Porfirio Geremias e Rita de Cássia Cizeski Pagani
03/12/21	Mitos e verdades sobre o primeiro banho da puérpera e do RN	Elisana da Silva e Rita de Cássia Cizeski Pagani
06/12/21	Primeiros cuidados com o recém-nascido sadio e de risco	Mariana Sanches e Rita de Cássia Cizeski Pagani
07/12/21	Emergências Obstétrica e materiais específicos da obstetrícia	Rita de Cássia Cizeski Pagani

Fonte: Do autor, 2021

As capacitações foram realizadas em formato de cinco oficinas, conforme declaração da escola e lista de presença dos anexos D e E respectivamente, que perpassaram a macro temática obstetrícia e neonatologia. Cada oficina teve 2 horas de duração totalizando 10 horas. As oficinas tiveram como etapas: acolhimento, dinâmica aula expositiva dialogada de construção coletiva, aplicação ou exercício prática e avaliação da formação, conforme apêndice C.

As oficinas foram realizadas no auditório Girão do Hospital São José. A capacitação foi idealizada para os alunos do curso técnico de enfermagem da Escola de Saúde São José e também estendida às inscrições para os profissionais técnicos que atuam na instituição, com abertura de 35 vagas para inscrições a serem realizadas na secretaria da escola.

O anúncio das inscrições do curso foi realizado pela diretora da Escola

Técnica nas salas de aula, e através de flyer digital.

A procura pela capacitação foi pelos alunos, profissionais já inseridos na instituição e também por profissionais de outras instituições. Devido à grande procura a Direção resolveu ofertar a capacitação somente para os alunos técnicos que estavam se formando. Ao total 57 alunos participaram das oficinas, os quais receberam ao término da capacitação a declaração de participação conforme apêndice A e B.

O processo de interação das oficinas não foram objeto de análise, não obstante, registrou-se as perguntas feitas pelos participantes de forma verbal, as quais constam na redação dos resultados. Para os registros foram preservados o anonimato dos participantes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desse produto estão expressos a partir de impressões relacionadas a cada encontro realizado.

5.1 IMPRESSÕES DO PRIMEIRO DIA

Iniciou-se a capacitação com as boas-vindas aos participantes, apresentação do cronograma.

A palestra inicial foi apresentada pela mestrande enfermeira Rita Cizeski Especialista em Obstetrícia e Neonatologia. O tema foi os cuidados de enfermagem para as gestantes hipertensas, como detectar a hipertensão gestacional, a importância do controle pressórico, a utilização de aparelhos calibrados e confiáveis. Os alunos fizeram vários questionamentos sobre os assuntos, como:

“O medicamento de escolha para tratamento da pressão arterial elevada nas gestantes é o mesmo medicamento utilizado na população em geral?”

“Porque a gestante deve permanecer em repouso em decúbito lateral, preferencialmente esquerdo?”

A palestrante respondeu os questionamentos sobre o medicamento anti-hipertensivo metildopa utilizado para gestantes com prescrição médica, e o repouso em decúbito lateral esquerdo para descompressão da veia cava inferior, conforme orientação do ministério da saúde do brasileiro. (BRASIL, 2012).

Posteriormente foi desenvolvido uma palestra da Psicóloga Emily Darabas sobre violência obstétrica e lei das Doulas. Os participantes fizeram vários questionamentos sobre os assuntos, como:

“Se a Doula é enfermeira de formação ela pode realizar procedimentos, quando acompanha a gestante?”

“Sobre a laqueadura. A mulher que optar em não ter filhos pode realizar esse procedimento pelo SUS?”

“A episiotomia é uma mutilação?”

Os questionamentos geraram vários comentários e posicionamentos dos participantes, expressando suas opiniões sobre os assuntos abordados, algumas alunas tiveram a oportunidade de compartilhar suas experiências durante seus partos, relatando que a equipe conversa entre si e a paciente não é orientada sobre os

procedimentos realizados, não fica claro e no momento o medo de que aconteça algo errado ou danoso com ela e o bebê é maior e, portanto, acabam aceitando as condições que as equipes impõem.

Um segundo relato foi de que a própria técnica de enfermagem de uma equipe sugere que a parturiente iria se arrepender de não realizar uma cesariana, pois o parto vaginal é muito doloroso e demorado. Segundo a Lei nº 20127/2020 a melhor modalidade de parto deve ser uma escolha da parturiente, sempre com acompanhamento médico (ALEP, 2020).

Os profissionais de qualquer nível dentro de uma equipe devem estar sensibilizados para atuarem de forma responsável e baseados em evidências científica, respeitando a fisiologia do parto e nascimento. Quanto a Doula ser enfermeira de formação dentro das instituições só devem realizar procedimentos caso a instituição permita ou seja, conforme a política de cada instituição, sendo que no momento em que ela está acompanhando a gestante ela é a Doula e não está atuando como enfermeira.

Foto 1 – Início capacitação sobre obstetrícia e a legislação



Fonte: Do autor, 2021

5.2 IMPRESSÕES DO SEGUNDO ENCONTRO

Esse encontro teve a participação da enfermeira especialista Ana Carolina Porfírio Geremias em Obstetrícia e neonatologia sobre Obstrução das Vias Aéreas por

Corpos Estranhos (OVACE) e punção de calcâneo em recém-nascidos. Foi utilizado treinamento prático sobre o OVACE utilizando simuladores artesanais de baixo custo para aprimoramento do ensino, simuladores estes produzidos pela mestranda para treinamentos e aulas práticas.

Foto 2 – Capacitação OVACE



Fonte: Do autor, 2021

A capacitação proporcionou aos alunos a visualização de como realizar a manobra de Heimlich em recém-nascidos, conforme o projeto de Lei nº 31/2019, que torna obrigatória nos Hospitais e Maternidades no município de Criciúma, da rede pública e particular, a realização de treinamento específico com as mães, para salvamento em casos de engasgo em todas as crianças nascidas em suas dependências. Também foi abordada a coleta de sangue periférico através da punção do calcâneo do recém-nascido, pratica essa comum para os técnicos de enfermagem, porém, no dia a dia com muita dificuldade para os mesmos.

Conforme relato da palestrante no dia a dia da equipe observou que os profissionais espremem o pé do RN para obter sangue para realização do HGT, exame esse comum nas maternidades, pés não aquecidos ou extremidades frias do RN. Pode-se observar que falta orientação, treinamento e sensibilização das equipes para realização de procedimentos de rotina.

A exposição trouxe questionamentos dos alunos como:

“Porque não aspira mais todo RN ao nascer?”

“A enfermagem deve ser avisada sobre as eliminações dos RNs? Deve avaliar as características das eliminações?”

Os temas também oportunizaram debates sobre amamentação, uso de chupeta, amamentação cruzada, alergias a proteínas do leite. Esses assuntos são carregados por mitos e culturas diferentes, portanto a necessidade de seguir a ciência, as chupetas não são terminantemente proibidas, porém os pais devem estar bem orientados quanto aos riscos e benefícios do uso de chupetas, as maternidades orientam a não iniciar com uso de chupeta nas primeiras horas de vida devido ao início da amamentação. No dia a dia das maternidades infelizmente ainda ocorre a amamentação cruzada, mesmo com toda orientação para as mães e familiares, as equipes devem estar sempre atentas para evitar esta pratica.

5.3 IMPRESSÕES DO TERCEIRO ENCONTRO

Esse encontro teve a participação da Enfermeira pós-graduanda e obstetrícia e neonatologia Elisana da Silva, responsável pelo serviço de alojamento conjunto de uma maternidade do sul de Santa Catarina. A mesma inicia sua fala trazendo evidencias em retardar o banho do recém-nascido, conforme a OMS o primeiro banho deve ser realizado após seis horas de nascimento, salvos casos em que o banho é recomendado logo após o nascer como, por exemplo, os filhos de mulheres soropositivas.

Os temas elencados trouxeram questionamentos dos alunos como:

“A enfermagem deve orientar a mãe e acompanhante sobre o banho do RN?”

“O RN em cuidado intensivo toma banho?”

“A enfermagem é obrigada a insistir com a amamentação?”

“O RN é obrigado a “arrotar”, regurgitar?”

“Mulheres durante o puerpério podem engravidar?”

“Pode fazer exame de DNA na maternidade?”

A palestrante enfatiza que o primeiro banho do RN é realizado pela enfermagem e é durante este momento que o profissional técnico ou enfermeiro deve realizar as orientações para que os banhos posteriores possam ser realizados pela mãe ou familiar.

Quanto aos RNs em cuidados intensivos estes não recebem banho enquanto estão na fase de manuseio mínimo, apenas higiene básica e os procedimentos devem

ser agrupados para evitar o manuseio do RN nesta fase.

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, e em sua saúde no longo prazo, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe. Brasil-2015.

A amamentação deve ser estimulada e não obrigada a amamentar, foi relatado pela palestrante que nesse período de grande vulnerabilidade da mulher a enfermagem deve prestar apoio e orientação para que a mulher possa ter sucesso nesse período de adaptação a amamentação.

Deixar o RN após ser amamentado em posição mais elevada no colo mesmo que não ouça som de regurgitação o RN deve fazer a digestão para evitar risco de engasgo e mal-estar do RN. A palestrante também relata sobre a importância do acompanhamento da mulher no período puerperal o uso de métodos contraceptivos são necessários devido ao risco de nova gestação e risco de ISTs que podem ocorrer em qualquer fase da vida. A importância das orientações de enfermagem sobre o banho da puérpera e uma higiene saudável.

Também foram abordados temas como o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo (DNV), pelo enfermeiro, quanto realização de exame de DNA dentro das maternidades a palestrante relata que não é permitido, salvo em casos que o reclamante tenha ordem judicial, que o período que o RN fica internado é um período curto e a família normalmente faz o exame após a alta do RN.

5.4 IMPRESSÕES DO QUARTO ENCONTRO

A enfermeira convidada foi a Enfermeira Mariana Storniolo Sanches especialista em obstetrícia e neonatologia, a mesma inicia apresentando sua trajetória, como enfermeira assistencial em uma UTI NEO natal em um Hospital no sul do Rio Grande do Sul, enfermeira coordenadora do setor de obstetrícia de um hospital do sul de Santa Catarina e hoje acompanha partos hospitalares junto com uma equipe de obstetras na Cidade de Criciúma Santa Catarina. O tema abordado pela palestrante foi: Atendimento ao recém-nascido sadio: cuidados de enfermagem.

Destaca-se que o cuidado com o recém-nascido deve iniciar mesmo antes do nascimento, com a anamnese materna, dados como idade gestacional, doenças

pregressas da mãe, posição fetal, verificação do batimento cardíaco fetal- BCF, coloração do líquido amniótico, com esses dados em mãos as salas de parto ou quartos pré-parto, parto e pós-parto- PPP devem estar preparados para receber o RN, com materiais e equipamentos disponíveis e testados para o uso.

Após o nascimento deve ser realizada uma primeira avaliação por um profissional de nível superior, como pediatra ou enfermeiro, o RN deve ser colocado pele a pele com a mãe e iniciado o estímulo a amamentação, procedimentos como medidas antropométricas, credeização e administração do kanakion podem ser realizados após a primeira hora de nascimento. (SBP, 2020).

Foto 3 – Capacitação sobre cuidados com recém nascido



Fonte: Do autor, 2021

Os temas abordados pela palestrante fizeram com que os alunos fizessem os seguintes questionamentos:

“Se o bebe nascer e a placenta não sair o que acontece?”

“Se acontecer um parto na rua, o que devo fazer?”

“Quanto tempo pode esperar para clampear o cordão? E se não clampear o que acontece?”

“No caso do parto domiciliar não planejado, tem que ir para o hospital e quando deve ir?”

A palestrante orienta que nos casos de retenção placentária temos uma hora para aguardar a dequitação, caso não ocorra o médico obstetra deverá tomar a conduta necessária, como curagem ou curetagem por exemplo.

Quanto ao parto de emergência, em situações não controladas, deve-se proteger a parturiente, chamar um serviço de urgência como o SAMU ou Bombeiros, procurar algo para secar e envolver o bebê, como uma roupa, uma toalha, não deve cortar o cordão umbilical, para evitar infecções.

O clampeamento do cordão deve ser realizado no momento oportuno, ou seja, após para de pulsar, foi mencionado também o parto “lótus” essa pratica deixa o bebê ligado a placenta até a mumificação do cordão e a queda do mesmo, não há embasamento científico sobre esse procedimento. Essa é uma pratica quase religiosa, cultural, não há evidencias de benefícios e também não há grandes riscos, porem vale lembrar que a placenta fora do corpo apodrece, necessitando assim de um cuidado com ervas aromáticas e sal grosso são utilizados nesses procedimentos.

Quando acontece um parto domiciliar não planejado, ou seja, não dá tempo de a mulher chegar ao hospital e o bebê nasce no domicilio ou no trajeto para o hospital, é comum os serviços de emergência serem acionados, e a mãe e o bebê serem encaminhados imediatamente a uma maternidade, nesse momento uma aluna interrompe e questiona:

“Mas isso é aqui no sul, certo? Pois sou do norte do país e nem sempre as mulheres no interior têm acesso as maternidades.”

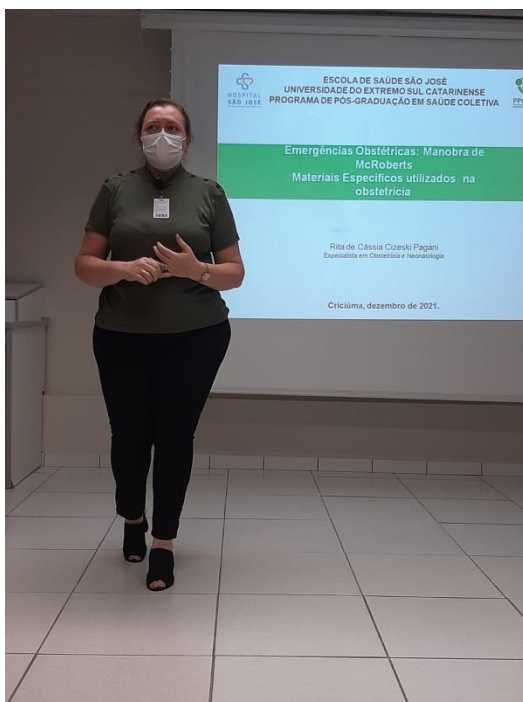
A palestrante sustenta que o Brasil é um país de dimensões continentais e possui uma grande desigualdade de modo que não são todos os pacientes que possuem acesso aos serviços de saúde.

5.5 IMPRESSÕES DO QUINTO ENCONTRO

Neste dia a enfermeira Rita Cizeski realizou a capacitação com o tema: Emergências Obstétricas: Manobra de McRoberts e materiais específicos utilizados na obstetrícia. O objetivo desta capacitação é habilitar o profissional de enfermagem

para atendimentos de emergência ao parto, conhecendo manobras realizadas nas distócias e materiais utilizados para a instrumentalização do parto.

Foto 3 – Capacitação sobre emergências obstétricas e materiais específicos da obstetrícia



Fonte: Do autor, 2021

A enfermeira inicia falando sobre a importância das equipes em conhecerem as manobras realizadas nas emergências obstétricas, mesmo essas manobras sendo realizadas pelos profissionais médicos e por enfermeiras especialistas em obstetrícia toda a equipe deve estar bem treinada para auxiliar os profissionais durante estes procedimentos. A manobra de McRoberts consiste na flexão das pernas que deve ser conjunta à aplicação de pressão suprapúbica na parturiente. É uma manobra realizada em situações de distócia de ombro.

Durante a capacitação surgiram perguntas como:

“Como vamos saber o momento de utilizar as manobras ou materiais?”

“O fórceps não foi proibido?”

“Esses materiais são considerados violência obstétrica?”

Durante o acontecimento do parto caso o obstetra identifique alguma distócia ele irá sinalizar para a equipe a conduta a ser tomada. O uso de materiais específicos

da obstetrícia como fórceps e vácuo extrator não são proibidos e nem considerados violência obstétrica, quando bem indicados salvam vidas, são materiais de uso médico, porém a equipe de enfermagem deve estar preparada para auxiliar estes profissionais e estes materiais devem estar disponíveis e funcionantes para o uso imediato nas emergências.

Os participantes relataram que nunca conseguiram visualizar sua atuação na área obstétrica, porém esta capacitação foi uma grande provocação para várias pessoas. Alguns relatos foram:

“Não imaginava a importância da enfermagem neste momento tão especial da vida das famílias.”

“Gostaria de me qualificar nesta área.”

“Hoje já penso na graduação, para poder me especializar em obstetrícia.”

5.6 IMPRESSÕES FINAIS DOS ENCONTROS

O produto ofertado aos alunos do curso técnico em enfermagem é de grande relevância para estes futuros profissionais, devido a necessidade de preparo técnico para um atendimento de qualidade ao público obstétrico e neonatal, assegurando um tratamento de qualidade com embasamento científico, nas boas práticas do cuidado as gestantes, puérperas e seus neonatos.

No término das atividades foi realizado a avaliação das capacitações pelos participantes da formação por meio do o preenchimento de um instrumento com questões fechadas (APENDICE C).

Das 57 avaliações; 41 participantes relataram que gostariam de mais horas de capacitação e 38 alunos descreveram a sua satisfação com esse período formativo.

Pode-se ainda observar durante a capacitação o interesse dos participantes mesmo estando na semana da formatura, em tempos de pandemia do corona vírus, foi admirável o interesse e a participação dos alunos que demonstraram estarem abertos para mais aprendizado.

Disponibilizar capacitações para técnicos de enfermagem é qualificar os serviços, prestar uma assistência de excelência baseada em evidencias científicas, e que ele possa prestar uma assistência qualificada com segurança e humanização.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste produto permitiu uma qualificação técnica em obstetrícia e neonatologia de 57 estudantes do curso técnico de enfermagem.

A qualificação ofertada oportunizou aos participantes introdução de novas temáticas, possibilidade de questionamentos e socialização das experiências. Ainda, empiricamente, pôde-se constatar a partir dos relatos informais durante os encontros que no início do curso técnico em enfermagem não se imaginavam trabalhando em áreas de obstetrícia e neonatologia, porém após a qualificação puderam visualizar a importância dessa disciplina do conhecimento que foi fortalecida pelo referido curso.

A **aderência do produto associa-se a linha de pesquisa** educação e gestão do trabalho na saúde, em especial a proposta de educação permanente como ferramenta pedagógica para gestão do trabalho. Por sua vez visa ainda aprimorar a formação do técnico em enfermagem para que este possa prestar um serviço de qualidade dentro da sua profissão.

No tocante a **capacidade de aplicabilidade do produto** foi bem aceito pela direção da escola de enfermagem que atua no mercado há cinquenta anos com dedicação e liderança, formando técnicos em enfermagem capacitados para o trabalho em todas as áreas da enfermagem, o aprimoramento em áreas específicas garantem a melhoria contínua da educação e a segurança dos pacientes.

Referente a **característica de inovação do produto**, trata-se de uma proposta inovadora e inédita dessa instituição no âmbito dos processos de trabalho voltado a assistência obstétrica e neonatal hospitalar, melhorando e aperfeiçoando processos de trabalho para qualificação do cuidado em saúde. Buscando melhoria contínua nos serviços de obstetrícia e neonatologia, trazendo segurança para o binômio mãe e bebê, para sua família e comunidade.

Por fim, o **potencial de impacto do produto** é um serviço de qualidade e excelência prestado pelo profissional técnico de enfermagem nas áreas de neonatologia e obstetrícia, e inspirar os profissionais a atuarem nas áreas de saúde da mulher e da criança com ênfase na humanização e acolhimento da família. Oportunizou maiores conhecimentos a serem aplicados na prática. Os trabalhadores satisfeitos realizaram suas atividades com mais atenção, acolhimento e cordialidade, o que contribui para a humanização nas relações de trabalho.

APÊNDICE A - MODELO DE DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO [FRENTE]

CERTIFICADO  HOSPITAL SÃO JOSÉ Completo e inovador para acolher você  PPGSCol CERTIFICAMOS QUE concluiu a capacitação em QUALIFICAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E NEONATAL, com duração de 10 horas realizado nos dias 01, 02, 03, 06 e 07 de dezembro de 2021. Instrutor Responsável
--

APÊNDICE B - MODELO DE DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO [VERSO]

Data	Tema	Palestrante
01/12/2021 19:00h	Doença hipertensiva na gestação: Cuidados de enfermagem	Rita Cizeski Enfermeira Obstetra - professora do curso Técnico de Enfermagem da Escola de Saúde São José Supervisora de estágios da UNESC e faculdades ESUCRI
01/12/2021 20:00h	Aspectos legislativos: violência Obstétrica e Doulas	Psicóloga Emili Darabas
02/12/2021 19:00h	OVACE- Obstrução das Vias Aéreas Por Corpos Estranhos	Ana Carolina Porfírio Geremias Enfermeira Obstetra - Coordenadora da maternidade do HMISC
02/12/2021 20:00h	Punção de Calcâneo no Recém-Nascido	Ana Carolina Porfírio Geremias Enfermeira Obstetra - Coordenadora da maternidade do HMISC
03/12/2021 19:00h	Primeiro Banho do Recém-Nascido	Elisana da Silva Enfermeira do alojamento conjunto do HMISC
03/12/2021 20:00h	Mitos relacionados ao banho da mulher durante o puerpério	Elisana da Silva Enfermeira do alojamento conjunto do HMISC
06/12/2021 19:00h	Assistência de enfermagem ao Recém-nascido Sadio	Mariana Sanches Enfermeira Obstetra e Neonatologista
06/12/2021 20:00h	Fixação de tubos e sondas oro e nasotraqueal: Dificuldades da enfermagem	Mariana Sanches Enfermeira Obstetra e Neonatologista
07/12/2021 19:00h	Emergência Obstétrica: Manobra de McRobert	Rita Cizeski Enfermeira Obstetra - professora do curso Técnico de Enfermagem da Escola de Saúde São José Supervisora de estágios da UNESC e faculdades ESUCRI
07/12/2021 20:00h	Emergência Obstétrica: Materiais específicos utilizados na obstetrícia	Rita Cizeski Enfermeira Obstetra - professora do curso Técnico de Enfermagem da Escola de Saúde São José Supervisora de estágios da UNESC e faculdades ESUCRI

APÊNDICE C - AVALIAÇÃO DA CAPACITAÇÃO

PPGSCol

Avaliação:

Nome: _____

Que bom que:

Que pena que:

ANEXO A - LEI DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

LEI Nº 17.097, DE 17 DE JANEIRO DE 2017

Procedência: Dep. Angela Albino

Natureza: PL./0482.9/2013

DOE: 20.457, de 19/01/2017

Decreto: 1.269/17;

Fonte: ALESC/GCAN

Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Faço saber a todos os habitantes deste Estado que a Assembleia Legislativa decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A presente Lei tem por objeto a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina e divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.

Art. 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério.

Art. 3º Para efeitos da presente Lei considerar-se-á ofensa verbal ou física, dente outras, as seguintes condutas:

I – tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido;

II – fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;

III – fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros;

IV – não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto;

V – tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz;

VI – fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê;

VII – recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica;

VIII – promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;

IX – impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto;

X – impedir a mulher de se comunicar com o “mundo exterior”, tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante;

XI – submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional;

XII – deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim o requerer;

XIII – proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível;

XIV – manter algemadas as detentas em trabalho de parto;

XV – fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado;

XVI – após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto;

XVII – submeter a mulher e/ou bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes;

XVIII – submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar;

XIX – retirar da mulher, depois do parto, o direito de ter o bebê ao seu lado no Alojamento Conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais;

XX – não informar a mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 2 (dois) filhos sobre seu direito à realização de ligadura nas trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS);

XXI – tratar o pai do bebê como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia.

Art. 4º O Poder Executivo, por meio de sua Secretaria de Estado da Saúde, elaborará a Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente, propiciando a todas as mulheres as informações e esclarecimentos necessários para um atendimento hospitalar digno e humanizado, visando à erradicação da violência obstétrica.

§ 1º O custo da Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente poderá ser patrocinado por pessoas jurídicas de direito privado, de acordo com critérios a serem estabelecidos pelo Poder Executivo.

§ 2º A Cartilha será elaborada com uma linguagem simples e acessível a todos os níveis de escolaridade.

§ 3º A Cartilha referida no *caput* deste artigo trará a integralidade do texto da Portaria nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2005, que “Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências”.

Art. 5º Os estabelecimentos hospitalares deverão expor cartazes informativos contendo as condutas elencadas nos incisos I a XXI do art. 3º desta Lei.

§ 1º Equiparam-se aos estabelecimentos hospitalares, para os efeitos desta Lei, os postos de saúde, as unidades básicas de saúde e os consultórios médicos especializados no atendimento da saúde da mulher.

§ 2º Os cartazes devem informar, ainda, os órgãos e trâmites para a denúncia nos casos de violência de que trata esta Lei.

§ 3º O custo dos cartazes poderá ser patrocinado por pessoas jurídicas de direito privado, de acordo com critérios a serem estabelecidos pelo Poder Executivo.

Art. 6º A fiscalização do disposto nesta Lei será realizada pelos órgãos públicos nos respectivos âmbitos de atribuições, os quais serão responsáveis pela aplicação das sanções decorrentes de infrações às normas nela contidas, mediante procedimento administrativo, assegurada ampla defesa.

Art. 7º As despesas com a execução desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas no orçamento vigente, suplementadas se necessário.

Art. 8º O Poder Executivo regulamentará esta Lei, nos termos do inciso III do art. 71 da Constituição do Estado, no prazo de 60 (sessenta) dias após sua publicação.

Art. 9º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Florianópolis, 17 de janeiro de 2017.

JOÃO RAIMUNDO COLOMBO

Governador do Estado

ANEXO B - LEI DAS DOULAS

LEI Nº 16.869, DE 15 DE JANEIRO DE 2016

Procedência: Dep. Darci de Matos e Angela Albino

Natureza: PL./0208.4/2013

DOE: 20.220 de 18/01/2016

Alterada pela Lei 17.331/17; 18.048/20;

Decreto: 1.305/17;

ADI TJSC - 4023746-87.2017.8.24.0000 - Julgada improcedente. 07/03/2018.

Fonte: ALESC/GCAN

Dispõe sobre a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, e estabelece outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Faço saber a todos os habitantes deste Estado que a Assembleia Legislativa decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º As maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada do Estado de Santa Catarina, ficam obrigados a permitir a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente, sem ônus e sem vínculos empregatícios com os estabelecimentos acima especificados.

§ 1º Para os efeitos desta Lei e em conformidade com a qualificação da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), código 3221-35, doulas são acompanhantes de parto escolhidas livremente pelas gestantes e parturientes que visam prestar suporte contínuo à gestante no ciclo gravídico puerperal, favorecendo a evolução do parto e bem-estar da gestante, com certificação ocupacional em curso para essa finalidade.

§ 2º A presença das doulas não se confunde com a presença do acompanhante instituído pela Lei federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005.

§ 3º As maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada do Estado de Santa Catarina farão a sua forma de admissão das doulas, respeitando preceitos éticos, de competência e das suas normas internas de funcionamento, com a apresentação dos seguintes documentos:

I – carta de apresentação contendo nome completo, endereço, número do CPF, RG, contato telefônico e correio eletrônico;

II – cópia de documento oficial com foto;

III – enunciar procedimentos e técnicas que serão utilizadas no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, bem como descrever o planejamento das ações que serão desenvolvidas durante o período de assistência;

IV – termo de autorização assinado pela gestante para a atuação da doula no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Art. 2º É vedada às doulas a realização de procedimentos médicos ou clínicos, bem como procedimentos de enfermagem e da enfermaria obstétrica, entre outros.

~~Art. 3º O descumprimento de qualquer dispositivo desta Lei sujeitará o infrator à uma das seguintes penalidades:~~

~~I – advertência, na primeira ocorrência;~~

~~II – sindicância administrativa; e~~

~~III – denúncia ao órgão competente.~~

~~Parágrafo único. Competirá ao órgão gestor da saúde da localidade em que estiver situado o estabelecimento a aplicação das penalidades de que trata este artigo, conforme estabelecer a legislação própria, que disporá, ainda, sobre a aplicação dos recursos delas decorrentes.~~

Art. 3º O descumprimento do disposto nesta Lei sujeitará o infrator às seguintes penalidades:

I – advertência por escrito, na primeira ocorrência, pela autoridade competente;

II – sindicância administrativa; e

~~III – multa de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) por infração, dobrada a cada reincidência, a qual será reajustada, anualmente, com base na variação do Índice Geral de Preços do Mercado (IGP-M/FGV), ou por índice que vier a substituí-lo.~~

II – multa de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) por infração, dobrada a cada reincidência, a qual será reajustada, anualmente, com base na variação do Índice Geral de Preços do Mercado (IGP-M/FGV) ou por índice que vier a substituí-lo; e

III – descredenciamento ou resilição contratual de unidades hospitalares contratualizadas, sem direito a indenização. (Redação dos incisos II e III, dada pela Lei 18.048, de 2020)

Parágrafo único. O Poder Executivo estadual definirá a destinação dos recursos oriundos da arrecadação das multas. (Redação do art. 3º dada pela Lei 17.331, de 2017).

Art. 4º Decorrido o prazo de 6 (seis) meses, após a publicação desta Lei, o descumprimento de suas disposições sujeitará o infrator às sanções previstas no art. 3º desta Lei.

Art. 5º O Chefe do Poder Executivo regulamentará esta Lei, nos termos do inciso III do art. 71 da Constituição do Estado, no prazo de 60 (sessenta) dias após a sua publicação.

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

Florianópolis, 15 de janeiro de 2016.

JOÃO RAIMUNDO COLOMBO

Governador do Estado

ANEXO C - PL SOBRE O ENGASGO DO BEBÊ



ESTADO DE SANTA CATARINA

CÂMARA MUNICIPAL DE CRICIÚMA

PODER LEGISLATIVO MUNICIPAL

Projeto PL 31/2019

PROJETO DE LEI PL/Nº031 /2019

Torna obrigatória nos hospitais e maternidades do Município de Criciúma, da rede pública e particular, a realização de treinamento específico com as mães, para salvamento em casos de engasgo, em todas as crianças nascidas em suas dependências e dá outras providências.

Art. 1º É obrigatório, nos hospitais e maternidades do Município de Criciúma, da rede pública e particular, a realização de treinamento específico com as mães, para salvamento em casos de engasgo, em todas as crianças nascidas em suas dependências.

Art. 2º O treinamento obrigatório das mães deverá ser feito antes do parto de forma simulada, e, após o parto com o bebê recém nascido.

Art. 3º Será documento obrigatório para obtenção de alta hospitalar, termo assinado pela mãe do bebê, atestando que realizou os treinamentos previstos nesta lei.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala das Sessões, 19 de maio de 2019.

Vereador: Zairo Casagrande

Partido: PSD



Escaneie o código colado com
um leitor QR Code e acesse a versão digital
desse documento online

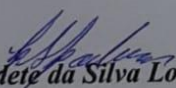
Rua Cel. Pedro Bentes, 438 - 6º Andar - Ed. Centro Profissional
C. Postal 24 - CEP 86831-260 - Criciúma - SC
Fone (48) 3431-3224 - E-mail: camara@criciuma.sc.gov.br

ANEXO D - DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ONDE OCORREU A CAPACITAÇÃO**DECLARAÇÃO**

*Declaro para os devidos fins que a **RITA DE CASSIA CIZESKI PAGANI**, administrou um Curso de **Capacitação de Neonatologia e Obstetrícia**, para os alunos do Curso Técnico em Enfermagem, na Escola de Saúde São José, no período de 01 a 07/12/2021, no horário das 19hs às 21horas.*

Por ser verdadeira as informações acima, assino a presente.

Criciúma, 18 de Abril de 2022


Lourdes da Silva Loebens
Dirétora da Escola

*Rua Coronel Pedro Benedit, 630 – Criciúma – Santa Catarina.
Fone: (48) 3431-1523*

ANEXO E - LISTAS DE PRESENÇA NA CAPACITAÇÃO

LISTA DE PRESENÇACAPACITAÇÃO DE NEONATOLOGIA E OBSTETRÍCIA*Turma: Integral 102 - Data: 01/12/2021 Horário: 19:00 as 21:00h*

Nº	NOME DO ALUNO	ASSINATURA
1.	ADRIANA GHESI JOAQUIM	Adriana Ghesi Joaquim
2.	ANA LAURA A. DA SILVA	Ana Laura Alcani da Silva
3.	ARTHUR SANTOS DA SILVA	Arthur Santos da Silva
4.	BRUNA RUFINO MACHADO	Bruna Rufino Machado
5.	DANIEL CARLOS GOMES DA CRUZ	Daniel Carlos Gomes da Cruz
6.	DANIELA V. DE FIGUEREDO	Daniela V. Figueredo
7.	EDUARDA B. MARTINS	Eduarda Breda Martins
8.	EVYLYN PEZZI MESQUITA	Evylyn Pezzi Mesquita
9.	GABELYN TORIANI SILVA	
10.	GABRIELA G. RODRIGUES	Gabriela G. Rodrigues
11.	HELOYSA ROSA	Heloyza Rosa
12.	HUGLIA MARIANI ELIZEU	Huglia Mariceni Elizeu
13.	IVIA MARIA P. DE SOUZA	Ivia Maria Pinheiro de Souza
14.	JANINE B. DE BITTENCOURT	Janine Borges de Bittencourt
15.	JESSICA D. ASSUNÇÃO	Jessica D. Assunção
16.	JOSE CARLOS DOS SANTOS	Jose Carlos dos Santos
17.	JOYCE CARDOSO	Joyce Cardoso
18.	JULIANA BENCK RAUPP	Juliana B. Raupp
19.	LEILA GOMES SANTOS	Leila Gomes Santos
20.	LETICIA RAMOS MANOEL	Leticia Ramos Manoel
21.	MARCIANA EUZEBIO DA SILVA	
22.	MARIA ALBERTINA DO N. GALINDRO	Maria Albertina N. Galindo
23.	MARIA EDUARDA B. SANTIAGO	
24.	MARIELIZ DEL V. A. MAESTRE	Marieliz Del Valle Acosta
25.	MARLIZE SCHAUN	Marlize Schaub
26.	MILENA A. SIMONI	Milena Alexandre Simoni
27.	RAIANA SCARSI FENALI	
28.	SHEROLLEM TORQUATO PEREIRA	Sherollem Torquato Pereira
29.	THAMIRES SOUZA MACHADO	Thamires Souza Machado
30.	THUANY BRIGIDO FARACO	Thuany Brigido Faraco
31.	VALQUIRIA RIOS	Valquiria Rios
32.	WILLIAN PRESLEI DE SOUZA	Willian
33.	VICTORIA ANGEL DOS S. MORAES	Victoria Angel dos Santos Moraes
34.	Thaymara S. S. Silva	Thaymara S.

Ana Laura A. da Silva
 Jo. S. S. Silva

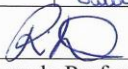

 Assinatura do Professor

LISTA DE PRESENÇA

CAPACITAÇÃO DE NEONATOLOGIA E OBSTETRÍCIA

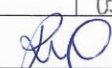
Turma: Integral 102 - Data: 02/12/2021 Horário: 19:00 as 21:00h

Nº	NOME DO ALUNO	ASSINATURA
1.	ADRIANA GHESI JOAQUIM	
2.	ANA LAURA A. DA SILVA	Ana Laura Alcará da Silva
3.	ARTHUR SANTOS DA SILVA	Arthur Santos da Silva
4.	BRUNA RUFINO MACHADO	Bruna Rufino Machado
5.	DANIEL CARLOS GOMES DA CRUZ	Daniel Carlos Gomes da Cruz
6.	DANIELA V. DE FIGUEREDO	Daniela V. Figueredo
7.	EDUARDA B. MARTINS	Eduarda Bredzicki Martins
8.	EVYLIN PEZZI MESQUITA	Evlyn Pezzi Mesquita
9.	GABELYN TORIANI SILVA	— x —
10.	GABRIELA G. RODRIGUES	Gabriela G. Rodrigues
11.	HELOYSA ROSA	Heloyza Rosa
12.	HÚGLIA MARIANI ELIZEU	Húglia Mariani Elizeu
13.	IVIA MARIA P. DE SOUZA	Ivia Maria Pinheiro de Souza
14.	JANINE B. DE BITTENCOURT	Janine Borges de Bittencourt
15.	JESSICA D. ASSUNÇÃO	Jessica Camiani Assunção
16.	JOSE CARLOS DOS SANTOS	Jose Carlos dos Santos
17.	JOYCE CARDOSO	Joyce Cardoso
18.	JULIANA BENCK RAUPP	Juliana Benck Raupp
19.	LEILA GOMES SANTOS	Leila Gomes Santos
20.	LETICIA RAMOS MANOEL	Leticia Ramos Manoel
21.	MARIA ALBERTINA DO N. GALINDRO	Mª Albertina do Nascimento Galindo
22.	MARIA EDUARDA B. SANTIAGO	
23.	MARIELIZ DEL V. A. MAESTRE	Marieliz Delvalle Aosta
24.	MARLIZE SCHAUN	Marlize Schaub
25.	MILENA A. SIMONI	Milena Alexandre Simoni
26.	RAIANA SCARSI FENALI	— x —
27.	SHEROLLEM TORQUATO PEREIRA	Sherollem Torquato Pereira
28.	THAMIRES SOUZA MACHADO	Thamires Souza Machado
29.	THAYNARA DOS SANTOS DA SILVEIRA	Thaynara Silveira
30.	THUANY BRIGIDO FARACO	Thuany Brigido Faraco
31.	VALQUIRIA RIOS	Valquiria Rios
32.	WILLIAN PRESLEI DE SOUZA	William Preslei de Souza
33.	VICTORIA ANGEL DOS S. MORAES	Victoria Angel Dos Santos Moraes
34.	VITÓRIA BORGES DE BITTENCOURT	Vitória B. Bittencourt


Assinatura do Professor

LISTA DE PRESENÇACAPACITAÇÃO DE NEONATOLOGIA E OBSTETRÍCIA**Turma: Integral 102 - Data: 03/12/2021 Horário: 19:00 as 21:00h**

Nº	NOME DO ALUNO	ASSINATURA
1.	ADRIANA GHESI JOAQUIM	
2.	ANA LAURA A. DA SILVA	Ana Laura Alcará da Silva
3.	ARTHUR SANTOS DA SILVA	Arthur Santos da Silva
4.	BRUNA RUFINO MACHADO	Bruna Rufino Machado
5.	DANIEL CARLOS GOMES DA CRUZ	Daniel Carlos G. da Cruz
6.	DANIELA V. DE FIGUEREDO	Daniela V. Figueredo
7.	EDUARDA B. MARTINS	Eduarda Biedgini Martins
8.	EVYLYN PEZZI MESQUITA	Evylyn Pezzi Mesquita
9.	GABELYN TORIANI SILVA	
10.	GABRIELA G. RODRIGUES	Gabriela G. Rodrigues
11.	HELOYSIA ROSA	Heloyza Rosa
12.	HÚGLIA MARIANI ELIZEU	Húglia Mariami Elizeu
13.	IVIA MARIA P. DE SOUZA	Ivia Maria Pinheiro de Souza
14.	JANINE B. DE BITTENCOURT	Janine Borges de Bittencourt
15.	JESSICA D. ASSUNÇÃO	Jessica D. Assunção
16.	JOSE CARLOS DOS SANTOS	Jose Carlos dos Santos
17.	JOYCE CARDOSO	Joyce Cardoso
18.	JULIANA BENCK RAUPP	JULIANA BENCK RAUPP
19.	LEILA GOMES SANTOS	Leila Gomes Santos
20.	LETICIA RAMOS MANOEL	Leticia Ramos Manoel
21.	MARIA ALBERTINA DO N. GALINDRO	Mrs Albertina do Nascimento Galindo
22.	MARIA EDUARDA B. SANTIAGO	
23.	MARIELIZ DEL V. A. MAESTRE	Marieliz del Valle Acosta Maestre
24.	MARLIZE SCHAUN	Marlize Schaun
25.	MILENA A. SIMONI	Milena A. Simoni
26.	RAIANA SCARSI FENALI	
27.	SHEROLLEM TORQUATO PEREIRA	Sherollem Torquato Pereira
28.	THAMIRES SOUZA MACHADO	Thamires Souza Machado
29.	THAYNARA DOS SANTOS DA SILVEIRA	Thaynara Silveira
30.	THUANY BRIGIDO FARACO	Thuanany B. Faraco
31.	VALQUIRIA RIOS	Valquiria Rios
32.	WILLIAN PRESLEI DE SOUZA	William Preslei de Souza
33.	VICTORIA ANGEL DOS S. MORAES	Victoria Angel Dos Santos Moraes
34.	VITÓRIA BORGES DE BITTENCOURT	Vitória B. Bittencourt


 Assinatura do Professor

LISTA DE PRESENÇA**CAPACITAÇÃO DE NEONATOLOGIA E OBSTETRÍCIA****Turma: Integral 102 - Data: 06/12/2021 Horário: 19:00 as 21:00h**

Nº	NOME DO ALUNO	ASSINATURA
1.	ADRIANA GHESI JOAQUIM	
2.	ANA LAURA A. DA SILVA	
3.	ARTHUR SANTOS DA SILVA	Ana Laura Ghesi da Silva
4.	BRUNA RUFINO MACHADO	Bruna Rufino Machado
5.	DANIEL CARLOS GOMES DA CRUZ	Daniel Carlos Gomes da Cruz
6.	DANIELA V. DE FIGUEREDO	Daniela V. Figueredo
7.	EDUARDA B. MARTINS	Eduarda Biedziyski Martins
8.	EVYLIN PEZZI MESQUITA	Evlyn Pezzi Mesquita
9.	GABELYN TORIANI SILVA	
10.	GABRIELA G. RODRIGUES	Gabriela G. Rodrigues
11.	HELOYSA ROSA	Heloyza Rosa
12.	HUGLIA MARIANI ELIZEU	Húglia Mariani Elizeu
13.	IVIA MARIA P. DE SOUZA	Ivia Maria Pinheiro de Souza
14.	JANINE B. DE BITTENCOURT	Janine Borges de Bittencourt
15.	JESSICA D. ASSUNÇÃO	Jessica D. Assunção
16.	JOSE CARLOS DOS SANTOS	Jose Carlos dos Santos
17.	JOYCE CARDOSO	Joyce Cardoso
18.	JULIANA BENCK RAUPP	Juliana Benck Raupp
19.	LEILA GOMES SANTOS	Leila Gomes Santos
20.	LETICIA RAMOS MANOEL	Leticia Ramos Manoel
21.	MARIA ALBERTINA DO N. GALINDRO	Maria Albertina Galindro
22.	MARIA EDUARDA B. SANTIAGO	
23.	MARIELIZ DEL V. A. MAESTRE	Marieliz del Valle Mestre
24.	MARLIZE SCHAUN	Marlize Schaun
25.	MILENA A. SIMONI	Milena Alexandre Simoni
26.	RAIANA SCARSI FENALI	
27.	SHEROLLEM TORQUATO PEREIRA	Sherollem Torquato Pereira
28.	THAMIRES SOUZA MACHADO	Thamires Souza Machado
29.	THAYNARA DOS SANTOS DA SILVEIRA	Thaynara Silveira
30.	THUANY BRIGIDO FARACO	Thuanhy Brigido Faraco
31.	VALQUIRIA RIOS	Valquira Rios
32.	WILLIAN PRESLEI DE SOUZA	Willian Preslei de Souza
33.	VICTORIA ANGEL DOS S. MORAES	Victoria Angel dos Santos Moraes
34.	VITÓRIA BORGES DE BITTENCOURT	Vitória B. Bittencourt


 Assinatura do Professor

LISTA DE PRESENÇA
CAPACITAÇÃO DE NEONATOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Turma: Integral 102 - Data: 07/12/2021 Horário: 19:00 as 21:00h

Nº	NOME DO ALUNO	ASSINATURA
1.	ADRIANA GHESI JOAQUIM	
2.	ANA LAURA A. DA SILVA	Ana Laura Alencar
3.	ARTHUR SANTOS DA SILVA	
4.	BRUNA RUFINO MACHADO	Bruna Rufino Machado
5.	DANIEL CARLOS GOMES DA CRUZ	Daniel Carlos G. da Cruz
6.	DANIELA V. DE FIGUEREDO	Daniela V. Figueredo
7.	EDUARDA B. MARTINS	Eduarda B. Martins
8.	EVYLYN PEZZI MESQUITA	Evylyn Pezzi Mesquita
9.	GABELYN TORIANI SILVA	
10.	GABRIELA G. RODRIGUES	Gabriela G. Rodrigues
11.	HELOYSIA ROSA	Helaysia Rosa
12.	HUGLIA MARIANI ELIZEU	Huglia Mariani Elizeu
13.	IVIA MARIA P. DE SOUZA	Ivia Maria Pinheiro de Souza
14.	JANINE B. DE BITTENCOURT	Janine Borges de Bittencourt
15.	JESSICA D. ASSUNÇÃO	Jessica Damiani Assunção
16.	JOSE CARLOS DOS SANTOS	Jose Carlos dos Santos
17.	JOYCE CARDOSO	Joyce Cardoso
18.	JULIANA BENCK RAUPP	Juliana B. Raupp
19.	LEILA GOMES SANTOS	Leila Gomes Santos
20.	LETICIA RAMOS MANOEL	Letícia Ramos Manoel
21.	MARIA ALBERTINA DO N. GALINDRO	M ^{re} Albertina N. Galindro
22.	MARIA EDUARDA B. SANTIAGO	
23.	MARIELIZ DEL V. A. MAESTRE	Marieliz Aresta
24.	MARLIZE SCHAUN	Marlize Schaun
25.	MILENA A. SIMONI	
26.	RAIANA SCARSI FENALI	
27.	SHEROLLEM TORQUATO PEREIRA	Sherollem Torquato Pereira
28.	THAMIRES SOUZA MACHADO	Thamires Souza Machado
29.	THAYNARA DOS SANTOS DA SILVEIRA	Thaynara Silveira
30.	THUANY BRIGIDO FARACO	Thuanay B. Faraco
31.	VALQUIRIA RIOS	Valquiria Rios
32.	WILLIAN PRESLEI DE SOUZA	OK
33.	VICTORIA ANGEL DOS S. MORAES	Victoria Angel Dos Santos Moraes
34.	VITÓRIA BORGES DE BITTENCOURT	Vitória Borges de Bittencourt


Assinatura do Professor

REFERÊNCIAS

AFONSO, Maria Carvalho *et al.* **Distócia de ombro: manobras obstétricas e sua morbidade. Acta obstétrica e ginecológica portuguesa.** Coimbra, v. 11, n. 1, mar., 2017. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302017000100005. Acesso em: 22 jun. 2020.

ALEP. **Lei 20127.** 2020. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=388956>. Acesso em: 20 abr. 2020.

ALESC. **Lei nº 16.869.** 2016. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2016/16869_2016_lei.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20presen%C3%A7a%20de,imediato%2C%20e%20estabelece%20outras%20provid%C3%A7%C3%A3es. Acesso em: 4 abr. 2020.

ALESC. **Lei nº 17.097.** 2017. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html. Acesso em: 4 abr. 2020.

AMESTOY, Simone Coelho *et al.* **Educação permanente e sua inserção no trabalho da enfermagem.** Ciência, Cuidado e Saúde, v. 7, n. 1, p. 083-088, 2008.

AMREC. **Associação dos municípios da região carbonífera.** 2019. Disponível em: <https://www.amrec.com.br/>. Acesso em: 28 mar. 2020.

ANTÃO, Celeste *et al.* **Hospitalização da criança: sentimentos e opiniões dos pais.** INFAD Rev Psicol., v. 2, n. 1, p. 125-132, 2018. Disponível em: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/1201/1044>. Acesso em: 22 jun. 2020.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA. **Lei dá direito de escolha às gestantes.** 2022. Disponível em: <https://www.assembleia.pr.leg.br/comunicacao/noticias/assembleia-criou-leis-para-que-o-momento-do-parto-seja-uma-boa-hora#:~:text=Lei%20d%C3%A1%20direito%20de%20escolha,determinava%20a%20lei%2019.701%2F2018> Acessado em: 13 de jun. 2022.

AZEVÊDO, Adriano Valério dos Santos; LANÇONI JÚNIOR, Antônio Carlos; CREPALDI, Maria Aparecida. **Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa.** Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, nov, 2017. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_07_2010_COMP.pdf/7041373a-6319-4251-9a03-0e96a72dad3b. Acesso em: 4 abr. 2020.

BACKES, Marli Terezinha *et al.* **Desafios da gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal em maternidades públicas brasileiras.** 2017. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1232/1193>. Acessado em: 10 nov. 2021.

BIBLIOTECA VIRTUAL DO MINISTERIO DA SAÚDE. **Aleitamento materno**. 2015. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acessado em 13 jun. 2022.

BIBLIOTECA VIRTUAL DO MINISTERIO DA SAÚDE. **Gestação de alto risco**. 2010. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf. Acessado em: 16 mar. 2022.

BRASIL. **ANVISA**. 2010. Disponível em:
http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_07_2010_COMP.pdf/7041373a-6319-4251-9a03-0e96a72dad3b. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. 1990. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. 2020. Disponível em:
<https://www.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-da-educacao/qualificacao-profissional/44937-educacao-interprofissional>. Acesso em: 14 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal**. 2008. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html. Acesso em: 19 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução – RDC nº 26, de 11 de maio de 2012. Altera a resolução RDC nº07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de unidades de terapia intensiva e de outras providências**. 2012. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026_11_05_2012.html. Acesso em: 24 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. rev. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2018. 73p. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 22 abr. 2020.

COCHRANE. **Vitamina K profilática para hemorragia por deficiência de vitamina K nos recém-nascidos**. 2000. Disponível em:
http://www.cochrane.org/pt/CD002776/NEONATAL_vitamina-k-profilatica-para-hemorragia-por-deficiencia-de-vitamina-k-nos-recem-nascidos-. Acessado em: 18 nov. 2021.

COFEN. **Carga horária mínima para estágio supervisionado**. 2019. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/carga-horaria-minima-para-estagio-supervisionado-e-recomendada-pelo-cofen_72186.html. Acessado em: 12 jun. 2022.

COFEN. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. 2017. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/resolucao-cofen-no-564-2017/>. Acesso em: 22 jun. 2020.

COFEN. **Decreto nº 94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências**. 1987. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html. Acesso em: 21 abr. 2020.

COFEN. **Resolução COFEN Nº 516/2016**. 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html. Acesso em: 4 abr. 2020.

COFEN. **Resolução 564**. 2016; disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acessado em: 09 nov. 2021.

COFEN. **Resolução 627**. 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-627-2020_77638.html. Acessado em: 20 out. 2021.

CORENGO. **Parecer nos cuidados imediatos ao recém-nascido**. 2020. Disponível em: <http://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2020/02/parecer-te-nos-cuidados-imediatos-ao-rn-e-do-enf-na-aus%c3%aancia-do-m%c3%a9dico.pdf>. Acessado em: 04 nov. 2021.

COSTA, Ricardo *et al.* **Papel dos trabalhadores de enfermagem no centro de material e esterilização**. Esc. Anna Nery., Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000300703&lng=pt&nrm=iso&tIng=pt. Acesso em: 24 abr. 2020.

FEITOSA, Alessandra Rebecchi. **Entenda qual é o papel da doula**. 2015. Disponível em: <https://bebe.abril.com.br/gravidez/entenda-qual-e-o-papel-da-doula/>. Acesso em: 24 abr. 2020.

FERRAZ, Fabiane *et al.* **Educação permanente no trabalho como um processo educativo e cuidativo do sujeito-cuidador**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 27, n. 3, p. 344, 2006.

FIOCRUZ. **Atenção ao recém-nascido**. 2020 Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/a-equipe-de-enfermagem-e-o-monitoramento-do-crescimento-do-recem-nascido-pre-termo/>. Acessado em: 18 nov. 2021.

FIOCRUZ. **Portal de boas práticas, atenção ao recém-nascido**. 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/principais-questoes-sobre-transporte-neonatal/>. Acessado em: 16 mar. 2022.

GOVERNO FEDERAL. **Banho recém-nascido**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufm/documentos/pops/POP.DE.005BanhonoRecmNascido.pdf>. Acessado em: 13 jun. 2022.

GOVERNO FEDERAL. **Controle das DST**. 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf. Acessado em: 18 nov. 2021.

GOVERNO FEDERAL. **Documentos institucionais**. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huab-ufrn/documentos-institucionais/arquivos-documentos-institucionais-geral/prt-dm-018.pdf>. Acessado em: 21 out. 2021.

GOVERNO FEDERAL. **Engasgo**. 2020. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/engasgo->. Acessado em: 15 nov. 2021.

GOVERNO FEDERAL. **Manual do atendimento ao recém-nascido pag.11 e 12**. 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v2.pdf- Manual de atendimento ao recém-nascido. Acessado em: 13 nov. 2021.

GOVERNO FEDERAL. **Programa nacional de segurança**. 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acessado em: 17 nov. 2021.

GOVERNO FEDERAL. **Portaria n 2.068**. 2016; disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2-068-de-21-de-outubro-de-2016-24358443>. Acessado em: 05 nov. 2021.

HOFFMANN, Leticia Maria *et al.* **Incidentes de segurança do paciente relatados por familiares de crianças hospitalizadas**. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 41, mai. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472020000200424&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 25 jun. 2020.

INSTITUTO GERAL DE PERICIAS. **Biometria neonatal**. 2020. Disponível em: www.igp.sc.gov.br- Biometria neonatal-. Acessado em: 18 nov. 2021.

KOERICH, Cintia; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo. **Professional interaction in management of the triad: Permanent Education in Health, patient safety and quality**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 28, 2020.

LEITE, Catharina Matos; PINTO, Isabela Cardoso Matos; FAGUNDES, Terezinha de Lisieux Quesado. **Educação permanente em saúde: reprodução ou contra-hegemonia?** Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 18, mar., 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000400502. Acesso em: 30 ago. 2020.

LIMA, Rosana Oliveira *et al.* **Intervenção de enfermagem-primeiro banho do recém-nascido: estudo randomizado sobre o comportamento neonatal.** 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0031>. Acessado em: 10 nov. 2021.

MAGALHÃES, Zídia Rocha *et al.* **Algunas consideraciones sobre el proceso de vivir humano de técnicos (as) de enfermería recién admitidos (as) en un hospital escuela.** Texto & Contexto-Enfermagem, v. 15, n. spe, p. 39-47, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf. Acessado em: 04 nov. 2021.

NAÇÕES UNIDAS. **30 milhões de bebês nascem prematuros por ano.** 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-cerca-de-30-milhoes-de-bebes-nascem-prematuros-por-ano-no-mundo/>. Acesso em: 30 abr. 2020.

NUNES, Rodrigo Dias *et al.* **Distócia de ombro. Febrasgo – Federação brasileira das associações de ginecologia e obstetrícia.** 2017. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/259-distocia-de-ombro>. Acesso em: 30 jul. 2020.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Quase 30 milhões de recém-nascidos prematuros e doentes necessitam de tratamento para sobreviver todos os anos.** 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5821:quase-30-milhoes-de-recem-nascidos-prematuros-e-doentes-necessitam-de-tratamento-para-sobreviver-todos-os-anos&Itemid=820. Acesso em: 30 abr. 2020.

PASCHOAL, Amarílis Schiavon; DE FÁTIMA MANTOVANI, Maria; LACERDA, Maria Ribeiro. **A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 27, n. 3, p. 336, 2006.

PEREIRA, Franciele Malavazi; BARBOSA, Vanessa Balieiro de Andrade; VERNASQUE, Juliana Ribeiro da Silva. **A experiência da educação permanente como estratégia de gestão com os auxiliares de enfermagem.** Revista Mineira de Enfermagem, v. 18, n. 1, p. 228-242. 2014.

PLANALTO. **Estatuto da criança e do adolescente.** 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm-. Acessado em: 15 nov. 2021.

Puckett RM, Offringa M. Prophylactic **vitamin K for vitamin K deficiency bleeding in neonates.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 4. Art. No.: CD002776. DOI: 10.1002/14651858.CD002776.

PUGGINA, Cindi Costa *et al.* **Educação permanente em saúde: instrumento de transformação do trabalho de enfermeiros.** Espaço para Saúde, v. 16, n. 4, p. 87-97, 2016.

RCOG. **Heritage the chamberlen family**. 2019. Disponível em: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/library-services/archives-and-heritage/archives/rcog-heritage-the-chamberlen-family/>. Acessado em: 21 out. 2021.

ROCHA, Flavia Ribeiro *et al.* **Análise da assistência ao binômio mãe- bebê em um centro de parto normal**. Cogitare Enferm., v. 22, n. 2. 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49228/pdf>. Acesso em: 12 jun. 2020.

SADE, Priscila Meyenberg Cunha *et al.* **Avaliação dos efeitos da educação permanente para enfermagem em uma organização hospitalar**. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 33, p. 1-8, mai. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/apv/v33/1982-0194-ape-33-eAPE20190023.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2020.

SATOR, Catia Cristiane *et al.* **As Crenças que Influenciam o Autocuidado da Puérpera**. 2020. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20200907_163646.pdf. Acessado em: 10 nov. 2021.

SBP - SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Novembro: Mês da prevenção da prematuridade**. 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Nota_Tecnica_2019_Prematuridade.pdf. Acesso em: 29 abr. 2020.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da *et al.* **Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 31, n. 3, p. 557-561, 2010.

SILVA, Walicy Cosse *et al.* **Assistência a uma parturiente com prolapso do cordão umbilical: um relato de experiencia**. Brazilian jornal of sugery and clinical research- BJSCR, v. 26, n. 1, p. 24-27, mar./mai. 2019. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190306_115256.pdf. Acesso em: 22 abr. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Profilaxia da oftalmia neonatal por transmissão vertical**. 2020. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/sbp-lanca-documento-sobre-profilaxia-da-oftalmia-neonatal-por-transmissao-vertical/>. Acessado em 13 jun. 2022.

TAMEZ, Raquel Nascimento, **Enfermagem na UTI neonatal: assistencia ao recém-nascido de alto risco- 5ed**, Rio de janeiro: Guanabara koogan, 2016, Pág 47.

USP. **Cartilha**. 2014. Disponível em: https://gruposdepesquisa.eerp.usp.br/gpecca/cartilha_sabrina_Final_Para_distribuicao.pdf. Acessado em: 12 jun. 2022.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. **A História Do Parto: Do Domicílio Ao Hospital; Das Parteiras Ao Médico; De Sujeito A Objeto**- Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015. Recebido em: 10.03.2016. Aprovado em: 15.06.2016. Acessado em 22 out. 2021.

WERMELINGER, Mônica Carvalho de Mesquita Werner *et al.* **A formação do técnico em enfermagem: perfil de qualificação**. Ciência &Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, jan., 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020000100067&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 24 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO recommendations on newborn health**: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Geneva: WHO; 2017. (WHO/MCA/17.07).