



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA – EAD/FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Roberto Pichniski Araujo

ATENÇÃO E HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL: REPERCUSSÃO POSITIVA SOBRE A
DECISÃO DO PARIR EM GESTANTES NO AMBULATÓRIO PERIFÉRICO DA
POLICLÍNICA NAVAL DE CAMPO GRANDE

Rio de Janeiro

2018

Roberto Pichniski Araujo

ATENÇÃO E HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL: REPERCUSSÃO POSITIVA SOBRE A
DECISÃO DO PARIR EM GESTANTES NO AMBULATÓRIO PERIFÉRICO DA
POLICLÍNICA NAVAL DE CAMPO GRANDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – EAD/ ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Gestão em Saúde.

Orientadora: Marcia Cristina Cid de Araújo

Rio de Janeiro

2018

Roberto Pichniski Araujo

ATENÇÃO E HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL: REPERCUSSÃO POSITIVA SOBRE A
DECISÃO DO PARIR EM GESTANTES NO AMBULATÓRIO PERIFÉRICO DA
POLICLÍNICA NAVAL DE CAMPO GRANDE

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Nome, Instituição

Nome, Instituição

Nome, Instituição

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meus pais que sempre foram meu norte e sempre me apoiaram em minha vida

A minha orientadora Marcia Cristina Cid Araujo pelos ensinamentos e conselhos, sempre paciente, dedicada.

Ao Diretor da Policlínica Naval de Campo Grande pela oportunidade de implementação do projeto

RESUMO

A ato de gestar durante décadas seguiu um modelo tecnocrático onde o gestante era apenas coadjuvante da ato de parir, tornando a gestação dolorosa e muitas vezes levando a complicações maternas e traumáticas para a mãe e seu concepto. A política de humanização veio colocar a mulher no seu papel de protagonista durante o curso da sua gestação, promovendo políticas que garantam a mulher o direito de uma gestação segura, tranquila e sem riscos para o binômio mãe-feto. A atenção ao pré-natal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e para sua humanização e faz-se necessário construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença que compreenda a pessoa em sua totalidade levando em conta o ambiente social, econômico, cultural e físico de onde vive. O presente trabalho trata-se de um projeto de intervenção de pesquisa aplicada realizada em dois momentos durante o pré-natal, tendo como o campo de estudo a Policlínica Naval de Campo Grande buscando investigar a satisfação das puérperas em relação ao pré-natal e desfecho da gravidez, assim como, um levantamento de expectativas com as gestantes de primeira vez, possibilitando identificar os pontos críticos que levam a gestante pela mudança de via de parto, e evidenciar a causa do problema a ser enfrentado e as suas consequências. No decorrer do estudo observou-se que 100% das gestantes que realizaram o pré-natal detem pouca informação em relação ao parto, analgesia e acompanhamento do parto, e 5% das gestantes evoluem com ganho ponderal maior que 15 kg no decorrer da gestação. A proposta do plano de ação consiste em criar cartilha informativa para a gestante, oferecer oficinas mensais com temas variados e focados em qualificação do processo de gestar, oficina bimestral fisioterápica exercícios de condicionamento físico, que possam ser replicados em domicílio, para a gestante, criação de protocolo para controle do sobrepeso. Com tais medidas se espera alcançar uma adequada política de qualificação do pré-natal na PNCG fortalecendo a tomada de decisão da gestante a favor do parto normal até dezembro de 2019.

Palavras chaves: Informação, assistência materna, humanização.

LISTA DE SIGLAS

AZT	Zidovudina
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
DPP	Descolamento Prematuro de Placenta
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HNMD	Hospital Naval Marcílio Dias
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
PNCG	Policlínica Naval de Campo Grande
OMS	Organização Mundial da Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TV	Transmissão Vertical
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 OBJETIVOS	14
1.1.1 Objetivo Geral.....	14
1.1.2 Objetivos Específicos.....	14
1.2 JUSTIFICATIVA.....	14
1.3 METODOLOGIA	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 INDICADORES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE	16
2.2 DEFINIÇÃO DAS INDICAÇÕES PRECISAS DE CESÁREA.....	19
2.2.2 ASSISTÊNCIA A MULHER: A MULHER COMO PROTAGONISTA DE SUA GESTAÇÃO.....	22
3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO	22
3.1 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	23
3.2 EXPLICAÇÃO OU ANÁLISE DO PROBLEMA.....	23
3.3 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES.....	25
3.4 GESTÃO DO PROJETO.....	29
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

1 INTRODUÇÃO

Os altos índices de cesariana é um fenômeno mundial passando de 6% em 1980 para 18,6% em 2016, segundo World Health Organization (WHO) em todo o mundo, tornando-se uma epidemia mundial. Devido a essa epidemia a Organização Mundial de Saúde vem adotando uma série de medidas de política de humanização do parto e atenção a gestante para reduzir as taxas de cesariana mundialmente.

Desde 1985 a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu como a taxa mundial de cesarianas o referencial entre 10-15%. No Brasil, em 1980 a taxa de casariana era de 31% segundo o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (FAÚNDES, 1991), sendo que os índices subiram para alarmantes 56 % em 2016, o mesmo índice de cesarianas de países como a Nicarágua. Por conta disso o Ministério da Saúde vem adotando medidas políticas de saúde pública no esforço para reverter o quadro ascendente de cesarianas no Brasil. Na Marinha do Brasil o cenário não é diferente, sendo a taxa de cesarianas em torno de 63%.

O aumento na taxa de cesariana no Brasil reflete o paradigma sócio, econômico e cultural de nosso país.

Os aspectos éticos sociais como o medo do médico ser processado, a falta de apoio multidisciplinar durante o pré-natal e durante o parto com doulas, enfermeiras obstetrias, apoio nutricional e fisioterápico, o desrespeito à autonomia da gestante, a falta de informação prestada à gestante durante o pré-natal, o medo da gestante de sentir dor durante a concepção do parto, o desejo de laqueadura durante o parto, os fatores fisiológicos como a obesidade gestacional, que leva à indicação de cesariana por fatores correlacionados à obesidade, como diabetes gestacional, macrossomia fetal, hipertensão arterial da gestação e pré-eclâmpsia, são alguns dos fatores que proporcionam o aumento dessa taxa.

Tal esforço nacional para a redução das taxas de cesariana também deve ser sentido na Marinha do Brasil. No obstante do sistema assistencial da marinha, o projeto visa criar um novo pensamento sobre o parir da mulher usuária do sistema de saúde da marinha, ao nível ambulatorial na Policlínica Naval de Campo Grande, com ações e melhorias voltadas a introdução do pensamento humanizado de atenção ao pré-natal com ações diretas e indiretas na assistência à gestante reduzindo de forma sistemática o índice de cesarianas.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Contribuir na redução da decisão por cesariana nas gestantes atendidas na PNCG, com a mudança de política de assistência ao pré-natal, factíveis, com governabilidade, sustentável e de baixo investimento financeiro, qualificando-a.

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Qualificar o acolhimento das gestantes da PNCG com atenção integral e orientação quanto ao pré-natal, parto e puerpério;
- b) Identificar, classificar e acompanhar as gestantes com sobrepeso oferecendo programa nutricional adequado, e assim, diminuir a taxa de gestante com sobrepeso.
- c) Encorajar a gestante em relação ao parto vaginal, com melhor acolhimento durante o pré-natal, assistindo à gestante quanto à informações em relação ao período do parto, aos métodos de analgesia pré parto tanto farmacológicos, quanto indiretos, garantindo um parto vaginal seguro e com controle da dor, cessando os mitos do parto vaginal

1.2 JUSTIFICATIVA

Estudos mostram que no Brasil 70% das mulheres iniciam o pré-natal desejando parto vaginal, porém no decorrer do pré-natal mudam de decisão para a cesariana.

Essa mudança se dá devido a falta de informação sobre questões relacionadas ao parto, o local onde irá realiza-lo, dúvidas sobre a analgesia durante o parto e a decisão de laqueadura durante o parto. Essas questões associada à cultura nacional de que a cesariana é mais segura que o parto normal as deixam inseguras, o que contribui para a mudança de decisão. Além disso, nota-se um aumento do sobrepeso da população em geral no Brasil e isso repercute diretamente no índice de pacientes acima do peso que iniciam o pré-natal com ganho ponderal acima do aceitável, levando a obesidade gestacional e suas repercussões como resistência insulínica, diabetes gestacional, hipertensão específica da gravidez, macrossomia

fetal, alterações que influenciam na decisão da escolha da via de parto e indicação médica pela via de parto cesáreo.

Na Marinha do Brasil o cenário não é diferente do cenário nacional. Nota-se um crescente aumento da insegurança da gestante e de seus familiares quanto a via de parto, Além da insegurança, um aumento do sobrepeso durante as consultas de pré-natal com repercussões materna influenciam a escolha pelo parto cesáreo.

O sobrepeso das gestantes da marinha também vem crescendo e contribuindo para o desfecho médico de indicação de cesarianas por hipertensão arterial, macrossomia fetal, resistência insulínica gestacional e diabetes gestacional.

A PNCG atende anualmente em média 1200 gestantes, o atendimento é feito exclusivamente pelo médico obstetra e não há protocolos em relação ao ganho ponderal durante a gestação, nem programa informativo à gestante quanto ao período do trabalho de parto.

1.3 METODOLOGIA

A metodologia consiste numa pesquisa realizada em dois momentos durante o pré-natal, tendo como o campo de estudo a PNCG. O tipo de estudo proposto é de intervenção seguindo a metodologia de problematização coletiva, focado na reflexão potencializando a produção de um novo pensar, novas experiências, contribuindo para o amadurecimento e empoderamento da gestante pela escolha de seu parto com segurança em sua decisão.

O presente estudo consiste em uma pesquisa aplicada materializada em um projeto de intervenção, que busca investigar a vida de coletividades na sua diversidade qualitativa. Ela constitui-se pelo conjunto de meios como físicos, humanos, financeiros, simbólicos, organizados em um contexto específico, em dado momento, para produzir bens e serviços como o objetivo de modificar uma situação problema. (MOTA, 2010).

Para análise do problema e escolha do tema, realizou-se uma pesquisa interna de satisfação com as puérperas em relação ao pré-natal e desfecho da gravidez e um levantamento de expectativas com as gestantes de primeira vez, onde foi identificado os pontos críticos que levam a gestante pela mudança de via de parto, e assim, foi evidenciado a causa do problema a ser enfrentado e as suas consequências.

Visando o alcance dos objetivos propostos, bem como o enfrentamento do problema citado, o percurso metodológico eleito foi estruturado em 02 (duas) matrizes de ação. A primeira matriz de ação é a criação de meios para manter a gestante bem informada sobre o parir da mulher, o encorajamento e empoderamento da mesma em sua escolha em relação a via de parto. A segunda é a criação de protocolo para monitoramento do peso e sistemático encaminhamento das gestantes com sobrepeso para a nutricionista para controle de peso e orientação nutricional, visando diminuir as alterações fisiológicas advindas do sobrepeso gestacional e consequente mudança da decisão do parto.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 INDICADORES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

A OMS desde a década de 80 considera como ideal a taxa de 10-15% de cesarianas na população mundial. Fatores econômicos, sociais, culturais, históricos e políticos influenciam as taxas de cesariana. Tais fatores levam ao Brasil a ter em 2018 uma taxa na população geral de cesarianas de 68% , sendo que na rede privada estes índices chegam a impressionantes 80%. O Ministério da Saúde, desde a década de 90, vem fazendo esforços para diminuir esse índices e atingir a meta da OMS. Programas como: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Pacto para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, Rede Cegonha e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, fazem parte destes esforços (COPELLI, 2014).

Dentre os fatores que levam a maioria das gestante a escolher a via de parto cesariana podemos destacar: comodidade de programar, escolher a data e se organizar para o dia da concepção, medo do insucesso do parto vaginal, histórias negativas de familiares e amigos que tiveram parto normal, medo da dor durante o parto normal, desejo de laqueadura tubária, a garantia de saber que seu médico fará seu parto, receio de o parto normal alterar sua vida sexual e sua anatomia pélvica, preferência de marido e familiares, pouca informação sobre o parto normal, falta de preparo físico voltado para o parto normal.

Segundo recomendações do Ministério da Saúde, a assistência pré-natal deve se dar por meio da incorporação de condutas acolhedoras; do desenvolvimento de ações educativas e

preventivas, sem intervenções desnecessárias; da detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacional; de estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local do parto; e do fácil acesso à serviços de saúde de qualidade, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco. Apesar do bom índice de acesso e adesão ao pré-natal, a maneira como é conduzido o apoio multidisciplinar, as orientações do médico prenatalista a resistência do meio médico de que outras especialidades possam orientar e influenciar no acompanhamento gestacional fazem com que os índices de parto normal não cheguem ao objetivo esperado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Os planos de saúde também contribuem para esse índice, uma vez que impõem uma tabela injusta e pouco atraente, estimulando o médico a realizar mais partos cesáreos. Essa política advém da década de 70, e com a criação do INAMPS em 1977 começou a pagar mais pela cesária do que para o parto normal, estimulando médicos a realizarem tal procedimento (FAÚNDES, 1991).

Na década de 80 o INAMPS passou a pagar mais pelo parto normal, porém pelos valores serem próximos para o médico continuava e continua sendo mais vantajoso monetariamente realizar a cesariana. Associado a isso existe a cultura da laqueadura de trompas durante a cesariana, que é muito estimulada no interior e realizada por fatores econômicos, culturais e políticos. Como exemplo, 72% de todas as laqueaduras realizadas em 1988 em São Paulo foram feitas pré-cesarianas (FAÚNDES, 1991).

Esses dados alarmantes gerou uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) que comprovou o uso indiscriminado da laqueadura como forma de conquista de voto. Esta realidade levou a promulgação da lei pelo presidente Fernando Henrique Cardoso da lei de Lei n ° 9.263, de 12 de janeiro de 1996 que adota uma legislação mais clara e rigorosa em relação a laqueadura tubária onde é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

- a) Em homens maiores de 25 anos de idade ou pelo menos com dois filhos vivos, com período de sessenta dias de prazo entre a manifestação da vontade (de esterilização) e o ato cirúrgico; risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto;
- b) É condição para que se realize a esterilização, o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado após a informação a respeito dos riscos da cirurgia;

- c) É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade por cesarianas sucessivas anteriores;
- d) A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através de laqueadura tubária, vasectomia ou outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

Outro fator extensamente estudado em países desenvolvidos é a correlação entre a prática da chamada “medicina defensiva”, o medo de processos legais entre obstetras e o aumento dos índices de cesárea. Estes estudos apresentam uma correlação positiva entre o histórico médico de processos legais e o aumento dos partos abdominais. O sistema de educação médica que valoriza a medicalização da saúde colabora para a falta de preparo de médicos e profissionais da saúde na condução ao parto normal de forma mais fisiológica. As disparidades organizacionais e financeiras nos setores público e privado podem reforçar a motivação pelas ações que simplifiquem o trabalho médico e assistencial, a despeito das evidências de boa prática clínica (HADDAD, 2011).

Associado a isso vemos também que o país vem alcançando níveis maiores de crescimento econômico, levando a uma melhora na qualidade de vida do brasileiro e indiretamente também leva a um índice maior de indivíduos com sobrepeso. O índice de IMC maior de 25-29,9 leva a distúrbios fisiológicos na gestante que pode levar a complicações durante o pré-natal como diabetes gestacional, hipertensão na gravidez, macrosomia fetal. O conceito de obeso corresponde àqueles que apresentam excesso de tecido adiposo em sua composição corporal. (CARNEIRO,2014)

O índice de massa corporal (IMC em kg/m^2), apesar de impreciso, constitui a maneira mais comumente utilizada em todo o mundo para se diagnosticar o excesso de peso e os diferentes graus de obesidade. Indivíduos com IMC igual ou superior a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ são denominados com excesso de peso. A partir de $30 \text{ kg}/\text{m}^2$, há obesidade de grau I; a partir de $35 \text{ kg}/\text{m}^2$, obesidade de grau II, e, a partir de $40 \text{ kg}/\text{m}^2$, configura-se um quadro de obesidade mórbida ou de obesidade grau III. (CARNEIRO, 2014)

Há na literatura evidências de que um ganho total de peso inferior a 5 kg está relacionado a uma menor mortalidade perinatal e recém-natos com peso mais apropriado naquelas que iniciam a gestação com elevados índices de massa corpórea. Sendo assim, a gestação poderia ser um momento oportuno para se investir no controle do peso. Grandes

obesas que planejam engravidar deveriam se sensibilizar no sentido de iniciar um projeto visando perda ponderal e melhora de eventuais comorbidades relacionadas à obesidade antes da concepção. (CARNEIRO, 2014)

Estudos mostram o desejo da maioria das gestantes pelo parto vaginal e as razões para a mudança de opinião ao final da gestação. Quando esta mudança parte unicamente da mulher, as principais justificativas são não querer sentir a dor do parto, o desejo de laqueadura e histórico de cesárea. No entanto, quando a decisão parte do médico, as justificativas principais são circular de cordão, história de cesárea anterior, relato de um bebê grande e presença de complicações na gestação, principalmente a hipertensão. Fatores psicológicos também são importantes, pois mulheres com história de transtornos ansiosos, depressivos e de abuso solicitam mais frequentemente a cesárea.

Medidas de orientação, reeducação postural, exercícios físicos voltados para gestante e manobras fisioterápicas orientadas para a pelve feminina, reduzem o índice de falha durante a condução do parto normal, na fase ativa do parto também apresentam medidas não farmacológicas de alívio da dor como uso de TENS, hidroterapia, cinesioterapia, massoterapia, crioterapia, técnicas respiratórias e de relaxamento.

2.2.1 Definição das indicações precisas de cesárea

O parto por cesárea tem indicação precisa de realização quando a evolução do trabalho de parto colocar mãe e/ou feto sob risco iminente ou presumido de morte ou morbidade grave (HADDAD, 2011), sendo que se destacam como indicações de cesária:

- a) Descolamento Prematuro de Placenta (DPP): o desprendimento da placenta da parede uterina antes do nascimento do feto pode levar a hipóxia grave e óbito fetal, sangramento materno importante e distúrbios de coagulação. A resolução da gestação deve ocorrer pela via mais rápida, levando-se em consideração o volume do sangramento materno e a frequência cardíaca fetal. A cesárea de emergência está indicada quando o sangramento vaginal for intenso, o colo uterino for desfavorável ao parto vaginal imediato e o feto estiver vivo ou com alterações de sua frequência cardíaca;(HADDAD, 2011)
- b) Rotura Uterina: é a rotura parcial ou total da parede uterina que pode levar a quadros hemorrágicos profusos, com grandes riscos materno-fetais, sendo indicada cesárea de

emergência. Está mais comumente associada a trabalho de parto distócico, desproporção céfalo-pélvica, cicatrizes uterinas anteriores e multiparidade. Da mesma forma, também há indicação quando há antecedente de cicatriz cirúrgica miometrial, como nos casos de miomectomias e cesárea com histerotomia longitudinal, ou após duas ou mais cesáreas. Isto ocorre devido ao risco aumentado de rotura uterina quando se iniciam as contrações do trabalho de parto. Não há respaldo científico para a contra-indicação de parto vaginal após uma cesárea anterior com cicatriz segmentar;(HADDAD, 2011)

- c) Placenta Prévia: é a implantação placentária próxima ou sobre o orifício interno do colo uterino, uma das causas de distúrbios hemorrágicos da segunda metade da gestação, apresentações fetais anômalas, prolapso de cordão umbilical, rotura prematura de membranas e prematuridade. A cesárea está indicada quando há sangramento vaginal abundante e ininterrupto independentemente da idade gestacional, se a placenta é visível através da cérvix dilatada e se ela cobre completa ou incompletamente o orifício interno do colo uterino. Nos casos de placenta de inserção baixa ou marginal sem sangramento importante, o parto vaginal pode ser realizado;(HADDAD, 2011)
- d) Pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia: a pré-eclâmpsia é uma complicação específica da gestação, com hipertensão arterial após a 20ª semana e proteinúria, definida como grave com pressão arterial diastólica maior ou igual a 110 mmHg, proteinúria em fita urinária de [3+] ou mais, cefaléia intensa, turvação visual, oligúria, dor em andar superior do abdome e edema pulmonar; e eclâmpsia quando houver convulsão ou perda de consciência associada ao quadro de pré eclâmpsia. Pela grande morbimortalidade materna e perinatal, há recomendação para a resolução da gestação até 24 horas após o início dos sintomas de pré-eclâmpsia grave e em até 12 horas após a ocorrência de eclâmpsia, porém, os casos podem ser particularizados. Se o colo uterino for desfavorável para indução e o parto vaginal não puder ser realizado dentro do intervalo de tempo esperado, está indicada a cesárea;(HADDAD, 2011)
- e) Sofrimento fetal crônico: representa a condição em que o feto sofre as consequências de diversas condições adversas tanto maternas quanto fetais, culminando com um déficit crônico da reserva de oxigênio. De uma forma geral, está acompanhado de restrição do crescimento fetal, oligoâmnio e grau de maturação placentária maior que o esperado para a idade gestacional. São situações que idealmente devem ser manejadas em centros terciários porque demandam uma vigilância fetal e materna especializadas para o controle das

condições patológicas associadas. Esta condição não constitui indicação absoluta de cesariana. O parto pode ser vaginal, desde que não haja nenhuma outra contraindicação e que a vigilância fetal no transcorrer do trabalho de parto demonstre que o feto esteja em boas condições de vitalidade;(HADDAD, 2011)

- f) Desproporção céfalo-pélvica: ocorre quando há uma inadequação entre o tamanho da cabeça fetal e o canal de parto. Porém, o diagnóstico desta condição só pode ser adequadamente realizado após a prova de trabalho de parto, sendo a pelvimetria de valor limitado para o diagnóstico antecipado. A representação gráfica desta alteração pode ser visualizada no partograma, tanto com a parada da dilatação cervical, quanto com a parada da descida. A desproporção pode levar ao trabalho de parto obstruído, ocasionando prejuízos maternos, como isquemia de tecidos da pelve e rotura uterina, e fetais, como hipóxia. Durante o trabalho de parto, o uso do partograma é de grande utilidade para o diagnóstico desta condição que deve ser resolvida por cesárea;(HADDAD, 2011)
- g) Apresentação cefálica defletida de segundo grau ou de frente (incidência de 0,02%): nesta condição, os diâmetros de insinuação fetal ultrapassam os diâmetros do estreito superior da maioria das bacias femininas, podendo ocasionar parto obstruído. Apesar de uma parcela destes casos evoluir para a variedade de face no decorrer do trabalho de parto, esta evolução é rara e ocorre mais facilmente quando o feto é pequeno. Diante disto, há recomendação de parto cesárea para a variedade de posição de frente quando esta é persistente após dilatação total;(HADDAD, 2011)
- h) Prolapso, procidência e circular de cordão umbilical: o cordão está prolapsado quando se encontra à frente da apresentação fetal após a rotura das membranas ovulares e procidente quando antes da rotura, com membranas (HADDAD, 2011).
- i) Sofrimento fetal agudo: diagnosticado clinicamente através de alterações persistentes ou recorrentes da frequência cardíaca fetal e/ou através da detecção de mecônio espesso. Os sinais de hipoxemia indicam que o feto provavelmente não apresentará reserva metabólica adequada para suportar o processo do trabalho de parto e a resolução deve ser pela via mais rápida. A cesárea está indicada quando o parto vaginal não for iminente e houver desacelerações tardias e taquicardia ou bradicardia fetal persistentes, geralmente associadas a alterações da variabilidade dos batimentos cardíacos fetais. (HADDAD, 2011)

2.2.2 Assistência a mulher: a mulher como protagonista de sua gestação

O esforço mundial através de contribuições da OMS, exemplificado por guideline e condutas humanizadas a serem adotadas durante o cuidado a gestante a o parto vem trazendo resultados animadores para a redução de partos cesários desnecessários e traumas maternos provocados por falta de cuidado a mãe durante o pré-natal.

Entrevista com mulheres em uma maternidade pública do Rio de Janeiro, demonstraram que uma das expectativas das gestantes é o atendimento por uma equipe competente e atenciosa, que cuide da sua saúde e do seu bebê, mas que permita sua participação na tomada de decisões junto à equipe. A formação do profissional de saúde deve incentivar o acolhimento às pacientes, para que possam ser tratadas com cordialidade e respeito, viabilizando, assim, o estabelecimento de confiança por parte das gestantes nos profissionais e nos serviços de saúde (DIAS e DESLANDES, 2006).

Através da Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, o Ministério da Saúde garante a assistência digna e de qualidade no decorrer da gestação, estimulando o aprimoramento do sistema de assistência à saúde da gestante, integrando e regulando o atendimento à gestação e ao parto nos níveis ambulatorial básico e especializado, o acompanhamento pré-natal, o atendimento pré e inter-hospitalar, o atendimento hospitalar, como forma de garantir a integralidade assistencial e adotando medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal.

3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO

A PNCG é subordinada ao Centro Médico Assistencial da Marinha e tem como missão prestar atenção de nível secundário aos usuários do sistema de saúde da marinha. Possui posição geográfica estratégica no Rio de Janeiro por ser central a vários municípios populosos do estado do Rio de Janeiro como Nova Iguaçu por exemplo.

No ambulatório de pré-natal da PNCG atendemos anualmente 1200 gestantes, sendo 450 gestantes de primeira vez. Não há oferecimento de cartilha informativa, oficinas ou palestras, informações sobre o acesso à métodos não farmacológicos ao alívio da dor durante

o pré-natal e ao período da parturição às gestantes. Essas informações são dadas pelo médico pré-natalista de forma aleatória. Também faltam protocolos definidos para o atendimento à gestantes com sobrepeso.

3.1 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

Foi observado a falta de uma política de qualificação pré-natalista na Policlínica Naval de Campo Grande no fortalecimento da tomada de decisão da gestante a favor do parto normal. Este problema observado nos fez formular a seguinte pergunta: Quais os fatores que levam a gestante a mudar de opinião quanto ao tipo de parto na PNCG?

No ambulatório de pré-natal da Policlínica Naval de Campo Grande atendemos anualmente 1200 gestantes, sendo que 450 gestantes de primeira vez. Observou-se que muitas das gestantes que desejam, inicialmente, o parto normal, acabam decidindo pela cesariana.

No período de agosto e setembro foram coletados dados e sendo observado como descritores do problema a ser enfrentado:

- a) 90% das gestantes atendidas que desejavam o parto normal no início do pré-natal mudaram sua decisão por cesariana nos meses de setembro e outubro na Policlínica Naval de Campo Grande
- b) 5% das gestantes do pré-natal evoluem com ganho ponderal maior que 15 kg

3.2 EXPLICAÇÃO OU ANÁLISE DO PROBLEMA

Foi observado no decorrer do atendimento do pré-natal na PNCG possíveis causas para a mudança de decisão da gestante quanto a via de parto. Entre elas destacamos como causas; a falta de informação para a gestante quanto o mecanismo do parto, métodos não farmacológicos para alívio da dor, desinformação em relação a sua alimentação, falta de assistência nutricional e orientação quanto a exercícios específicos para a gestante, a tendência intervencionista do médico obstetra e o medo de processos por insegurança do médico em relação ao desfecho do parto, assumindo que a cesariana por estar sob seu

“controle” seria mais segura e induzindo a gestante a decidir pela cesariana no decorrer do prénatal.

Foi elencado como causas críticas a falta de informação em relação ao parto, desconhecimento sobre analgesia e o acompanhamento do parto e o aumento de peso durante a gestação.

3.2.1 Problema a ser enfrentado: A inadequada política de qualificação prénatalista reduz o fortalecimento da tomada de decisão da gestante a favor do parto normal.

Descritor: 90% das gestantes que desejavam parto normal no início do pré-natal alteraram a tomada de decisão para cesariana no período compreendido de agosto a outubro de 2018, devido a inadequada política de qualificação prénatalística

Indicador: percentagem de gestantes que desejavam parto normal no início do pré-natal e que mudaram a decisão para cesariana no período compreendido de agosto a outubro de 2018, devido a inadequada política de qualificação prénatalística

Meta: implementar uma adequada política de qualificação do pré-natal na PNCG fortalecendo a tomada de decisão da gestante a favor do parto normal até dezembro de 2019.

Resultado: Fortalecimento do poder de decisão da gestante, garantindo seus direitos sobre o ato de gerar. Diminuição do medo de gerar e de parir. Diminuição do tempo de internação do binômio mãe-feto.

Causa crítica 1: Pouca orientação para a gestante em relação ao parto, analgesia e acompanhamento do parto

Descritor: 100% dos pacientes com pouca informação para a gestante em relação ao parto, analgesia e acompanhamento do parto

Indicador: percentual de gestantes com pouca informação em relação ao parto, analgesia e acompanhamento do parto

Meta: alcançar 70% das gestantes mais informadas em relação ao parto, analgesia e acompanhamento do parto

Resultado: Disponibilização de informações importantes a gestante em relação a escolha do parto. Desmistificação do parto normal. Empoderamento da gestante em relação a sua gestação.

Causa crítica 2: Aumento do sobrepeso gestacional durante o pré-natal

Descritor: 5% das gestantes do pré-natal evoluem com ganho ponderal maior que 15 kg

Indicador: percentual de gestantes que realizam pré-natal que evoluem com ganho ponderal maior que 15 kg

Meta: 0% das gestantes que realizam pré-natal não irão evoluir com ganho ponderal maior que 15 kg até dezembro de 2019.

Resultado: Diminuição do índice de DG durante o pré-natal. Redução das complicações maternas relacionadas ao diabetes gestacional. Redução dos partos prematuros.

3.3. PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

No primeiro momento, na consulta de pré natal de primeira vez a gestante receberá um questionário ainda na recepção enquanto espera ser atendida. Neste questionário será arguido a gestante e seu acompanhante sobre as seguintes questões: Idade, paridade, numero de cesarianas anteriores, caso cesariana qual foi o motivo de realizar tal procedimento, o que a gestante espera de seu parto, se ela tem receio de realizar o parto normal e no caso de resposta positiva quais seriam os motivos do receio do parto normal. Este questionário será confeccionado pelos médicos prénatalistas do ambulatório naval de campo grande.

Uma cartilha informativa será confeccionada por equipe multidisciplinar contando com apoio de médico, enfermeira, fisioterapeuta, nutricionista, e mães. Essa cartilha será entregue à gestante na primeira consulta.

Acompanhamento fisioterápico voltado a orientações quanto a postura, exercícios a serem praticados durante o pré-natal para sucesso do trabalho de parto e analgesia durante o parto as gestantes que iniciarem o pré-natal.

Oficinas multidisciplinares com vídeos, palestras, depoimentos e atividades para que a gestante entenda de forma prática o momento da gestação e o parir serão oferecidas mensalmente as gestantes e seus familiares. Será elaborado um cronograma para o oferecimento dessas atividades e assim sejam previamente divulgadas com no mínimo um mês de antecedência.

Causa crítica 1:

AÇÕES	RECURSOS	PRODUTOS A SEREM ALCANÇADOS	PRAZO DE CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL
Criação de cartilha para a gestante com orientações quanto parto normal e desmistificação quanto aos mitos em relação ao parto normal	Humanos (criação da cartilha)	Distribuição das cartilhas a 80% das gestantes durante o pré-natal na PNCG	Fevereiro de 2019	Diretor PNCG CC (Md) Roberto Araujo Nutrição Psicologia Enfermagem Fisioterapia Assistente Social

Distribuição da cartilha de orientações a gestante ao público alvo	Humanos Materiais (gráfica)	Levar a informação contida na cartilha a todas as gestantes que iniciarem o pré-natal na PNCG	fevereiro de 2019	Diretor PNCG Secretaria da Obstetrícia
Criação de oficinas mensais com temas variados e focados em qualificação do processo de gestar realizados por equipe multidisciplinar	Humanos (equipe multidisciplinar) Materiais (auditório da PNCG)	Orientação prática e encorajamento de forma ativa à gestante sobre o processo de gestar.	Marco de 2019	Diretor PNCG Obstetra Nutrição Psicologia Enfermagem Fisioterapia Assistente Social
Programa de orientação fisioterapia preparatória para o parto normal com aulas bimestrais em grupo no serviço de fisioterapia da PNCG	Humanos	Uma aula geral por mês com orientação fisioterápica com exercícios preparatórios para o trabalho de parto com todas as gestantes do pré-natal encaminhadas pelo médico	Setembro de 2019	Diretor PNCG CC (Md) Roberto Araujo Fisioterapeuta

Quadro 1 – Planejamento para criação de cartilha e Programa de orientação fisioterápica para gestantes

Na primeira consulta será medido o peso da gestante e calculado seu IMC, durante o pré-natal caso o peso seja superior 1,5 kg em um mês a paciente será agendada a uma consulta com a nutricionista para acompanhamento do sobrepeso. Pacientes com índice de imc acima de 25-29,9cm/Kg² serão encaminhadas também a nutricionista porem não farão parte do estudo. Ao fim dos 9 meses todas as puérperas deverão retornar na consulta com 40 dias para avaliação do desfecho do parto.

Causa critica 2:

Quadro 2 – Programa para criação de cartilha com orientação nutricional para gestantes

AÇÕES	RECURSOS	PRODUTOS A SEREM ALCANÇADOS	PRAZO DE CONCLUSÃO	RESPONSÁVEL
Cartilha com orientação nutricional a gestante. Esta cartilha será montada em conjunto com a nutricionista, orientando a alimentação fracionada, exemplos de alimentação saudável, o que pode ou não comer durante a gestação	Humanos, (confeção da cartilha pela nutricionista) Material (gráfico)	Distribuição das cartilhas de reeducação alimentar a gestante a 80% das gestantes durante o pré-natal na PNCG	fevereiro de 2019	Director PNCG Serviço de nutrição

Encaminhamento da gestante com sobrepeso, identificado por IMC acima de 25-29,9 a nutricionista, a agenda nutricional ficará sob encargo da própria nutrição e será acompanhada pelo médico na consulta de pré-natal de rotina .	Humanos	Encaminhamento de 100% das gestantes com ganho ponderal acima de 1,5 /mês	fevereiro de 2019	Diretor PNCG Serviço de nutrição
--	---------	---	-------------------	--

3.4 GESTÃO DO PROJETO

O projeto será apresentado ao Diretor da Policlínica Naval de Campo Grande e a Comissão de Ética Médica para aprovação, uma reunião multidisciplinar será realizada com nutricionista, fisioterapia, psicologia e enfermagem para apresentação do projeto e seu objetivo. Sugere-se a criação de uma Comissão de Humanização e Atenção à Gestante que seria responsável pela organização e poder de decisão em relação ao projeto e suas melhorias. A cartilha informativa para a gestante será realizada em conjunto com a equipe de enfermagem, nutrição, fisioterapia e psicologia do ambulatório. O oferecimento de oficinas mensais com temas variados e focados em qualificação do processo de gestar com temas multidisciplinares e previamente divulgados com no mínimo um mês de antecedência a ser realizado no auditório da PNCG .

Especificamente para a fisioterapia uma oficina bimestral com aula será oferecida com objetivo de ensinar métodos de relaxamento, de alívio da dor durante o período do parto, práticas de respiração, ioga, RPG, pilates, exercícios de condicionamento físico e que possam ser replicados em domicílio. Para controle do sobrepeso será adotado o critério de aumento de 1, 5 kg de peso corporal em um mês, sendo encaminhada como encaixe na agenda da nutricionista com no máximo 15 dias após a consulta de pré-natal. Uma cartilha nutricional

será confeccionada com apoio da nutrição e endocrinologia da PNCG e também distribuída as gestantes no início do pré-natal.

Todas as pacientes atendidas na PNCG que tiverem seu desfecho do parto devem retornar ao ambulatório da PNCG para revisão pós-parto em até 40 dias. No momento da revisão será dado um novo questionário com perguntas em relação a expectativa do parto, se ela foi alcançada, se não qual foi o motivo, sugestões, opinião sobre as oficinas, o que poderia melhorar em relação a elas, o que está bom, e o que faltou ser abordado. Todos esses dados serão acolhidos e debatidos com a equipe multidisciplinar formada pela Comissão de Humanização e Atenção à Gestante.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A falta de informações básicas como o local onde irá parir, os métodos disponíveis de analgesia da dor durante o trabalho de parto, o medo das alterações fisiológicas decorrentes do sobrepeso durante a gestação que possam atrapalhar o parto normal, os mitos e imposição cultural negativa em relação ao parto normal contribuem para a gestante, no decorrer do pré-natal, ficar desencorajada e fragilizada, mudando a decisão em relação ao parto vaginal.

Apesar do modelo tecnocrático adotado pela marinha, pelo seu lado mais conservador, existe uma tendência a iniciar um modelo mais holístico: unidade corpo-mente-espírito; o corpo como um sistema energético ligado a outros sistemas energéticos; assistência à pessoa completa em todo o seu contexto de vida e vemos que a estratégia para a melhoria de acesso e qualidade da assistência a gestante permite desatrelar da situação materna o caráter de destino inevitável e pensar em estratégias para o empoderamento das mulheres, revendo, na perspectiva de humanização, o seu papel de protagonista na gestação e no parto. A humanização necessariamente compreende o resgate da autonomia e relações simétricas entre profissionais e mulheres. A intenção é que esse escopo aqui apresentado dê resultados significativos para a melhoria no atendimento materno com repercussão positiva sobre a via de parto escolhida pela mãe e que os resultados possam ser reproduzidos no âmbito dos ambulatórios navais. A problemática, pela natureza e complexidade, demandam estudos operacionais com método qualitativo, capazes de incluir olhares dos diversos atores envolvidos: gestores, profissionais de saúde e principalmente mulheres. O serviço de

obstetrícia da PNCG deve ter à convicção de que é dever do militar profissional de saúde, receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Parto normal: movimento ANS em favor do parto normal e da redução das cesarianas desnecessárias no setor suplementar, dez. 2007.** Disponível em: www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/carta_parto_normal.pdf, acesso em: 9 nov. 2017.

ANGULO-TUESTA, A. et al. **Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto.** Cadernos de Saúde Pública, 19(5): 1.425-1.436, 2003.

BARROS, M. E. **Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto.** In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília: Opas, 2003.

BARROS, M. L. F. **Percepção dos profissionais de saúde e das mulheres sobre o tipo de parto: revisão de literatura.** Rev. Enferm. UFPE On Line, 2011, 5(2), 496-504.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei N° 9.263, de 12 de janeiro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 569, de 1° de junho de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico de Pré-Natal, atenção qualificada e humanizada, 2006.

CARNEIRO, J. R. et al. **Gestação e obesidade: um problema emergente**. Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2014;13(3):17-24

DAVIS-FLOYD, R. **The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth**. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 75: S5-S23, 2001.

DIAS, M. A. B. et al. **Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do Sistema de Saúde Suplementar do Estado do Rio de Janeiro**. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(5):1521-34.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA, Fundação Oswaldo Cruz. **Projeto Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento**. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil> , acesso em: 9 nov. 2017.

FAÚNDES, A. et al. **Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto**. Revista de Saúde Pública, 38(4): 488-494,2004.

HADDAD, S.E.M.T.; CATTI, J. G.. **Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil**. Rev Bras Ginecol Obstet. 2011; 33(5):252-62.

MAIA, MB. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 189 p. ISBN 978-85-7541-328-9.

OLIVEIRA, R.R.; MELO E.C., NOVAES ES, FERRACIOLI PLRV, MATHIAS TAF. **Factors associated to caesarean delivery in public and private health care systems**. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(5):733-740.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS; 1996.

POTTER, J. E. et al. **Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study.** British Medical Journal, 323(17):1.155-1.158, 2001.

SANTOS, A. A. F. & ARAÚJO, M. J. O. **Balço de dois anos do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.** Jornal da Rede Feminista de Saúde, 28: 27-29, 2006.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G. & CECATTI, J. G. **O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.** Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, 4(3): 269-279, 2004.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G. & CECATTI, J. G. **O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1281-1289, set-out, 2004.

WHO (World Health Organization). **Appropriate technology for birth.** Lancet. 1985;2(8452):436-7.

WHO (World Health Organization). **WHO Statement on Caesarean Section Rates.** Geneva; 2015 (WHO/RHR/15.02)

WHO (World Health Organization). **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.** Geneva; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Cataloguing-in-Publication (CIP) data.