

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ MATO GROSSO DO SUL

MARIA APARECIDA GOMES DE SOUZA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A ESCOLHA DA VIA DE PARTO

**CAMPO GRANDE - MS
2019**

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ MATO GROSSO DO SUL

MARIA APARECIDA GOMES DE SOUZA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A ESCOLHA DA VIA DE PARTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Fundação
Oswaldo Cruz de Mato Grosso do Sul como requisito para
obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.
Orientador(a): Prof(a) Inara Pereira

CAMPO GRANDE - MS
2019

RESUMO

O número de partos cesáreos cresceu muito no Brasil, contrariando as determinações da Organização Mundial de Saúde onde o parâmetro recomendado é de que apenas 15% dos partos ocorram cirurgicamente. O presente projeto de intervenção teve como objetivo sensibilizar as gestantes sobre o trabalho de parto por via vaginal, por meio de atividades de educação em saúde, levantar o perfil sociodemográfico das mesmas, e classificá-las de acordo com a Classificação de Robson. Participaram do projeto as gestantes que realizaram o pré-natal no ano de 2018 na Unidade de Saúde da Família Dr. Adaias Marques Moreira, do Município de Cassilândia, Mato Grosso do Sul. Foi utilizado o método da estimativa rápida para o delineamento metodológico. Participaram do projeto 26 gestantes. Foi possível identificar o predomínio de gestantes adulto jovens, com nível de escolaridade no ensino médio, convivendo com familiares e com o pai da criança. Durante as atividades de educação em saúde foi possível determinar a fragilidade feminina e o tabu da dor no parto vaginal. Tais questões foram os dados mais relevantes encontrados em relação à escolha da gestante. A roda de conversa foi positiva, mas não desconstruiu a opinião das mulheres em relação à via de parto vaginal. Segundo a Classificação de Robson todas as gestantes apresentaram cesáreas evitáveis, corroborando com as determinações do Ministério da Saúde, porém, as cesáreas aconteceram em um número considerável, mesmo depois da intervenção. Conclui-se que é preciso investir em outras estratégias que possam melhorar a comunicação entre a equipe de saúde e a gestantes, a fim de reverter à situação do parto atual.

ÁREAS TEMÁTICAS: Educação em Saúde, Câncer, Biossegurança.

DESCRITORES: GRAVIDEZ, PARTO NORMAL, EDUCAÇÃO EM SAÚDE..

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVOS	7
2.1 Objetivo Geral	7
2.2 Objetivos Específicos	7
3. PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO	8
4. AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS	14
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS	21
APÊNDICE	25
ANEXO	29

1. INTRODUÇÃO

A regulamentação do planejamento familiar no Brasil, por meio da Lei nº 9.263/96, foi uma conquista importante para mulheres e homens no que diz respeito à afirmação dos direitos reprodutivos. Entretanto, essa situação favorável acompanhou-se de grande aumento nas indicações de cesáreas em todo o mundo (CARDOSO, ALBERTI e PETROIANU, 2010). A gestação é um momento único na vida da mulher, onde experimenta novas experiências e sensações, criando inúmeras expectativas, onde o seu organismo se modifica para acomodar o tão esperado bebê, e é durante esse período que os sentimentos aumentam e as dúvidas surgem (TEDESCO et al., 2004). É no pré-natal que os profissionais de saúde promovem a troca de informações, a fim de garantir a mulher o bem estar durante a gestação, parto e puerpério (PELLOSO, et al., 2000).

De acordo com os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC, 2018) nos anos de 2012 a 2016 no Brasil nasceram 14.664.543 crianças, sendo 56% dos partos do tipo cesariana. O município de Cassilândia realizou 1517 partos, sendo 58,1% de partos cesáreas e 41,9% de partos vaginais.

As taxas de cesariana estão se elevando em praticamente todos os países do mundo, porém poucos países atingiram níveis tão elevados de cesariana como o Brasil, cujas taxas em serviços particulares podem ser superiores a 80%, ultrapassando os parâmetros recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que deve ficar em torno de 15% dos nascimentos (HOTMISKY et al.,2002; OSAVA et al, 2011).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 140 milhões de nascimentos acontecem ao ano no mundo, a maioria sem identificação de fatores de risco. Quando realizadas por motivos médicos, as cesarianas podem reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal. Porém não existem evidências de que as cesáreas sejam minimamente benéficas quando mulheres ou bebês não enfrentam problemas importantes (FEBRASGO, 2018).A informação tanto durante a gravidez como durante o trabalho de parto, possibilita maior participação no processo decisório e aumenta a percepção de estar no controle da situação, influenciando a satisfação com o parto (DOMINGUES, SANTOS e LEAL, 2004).

Diante do atual cenário exposto, a avaliação clínica do médico que realiza o pré-natal é essencial para análise da probabilidade de um parto vaginal seguro. É preciso investir em

estratégias para fornecer informações qualificadas à mulher, ao informá-la sobre os riscos que podem ser gerados em decorrência de um procedimento cirúrgico desnecessário.

Sendo assim, o objetivo deste projeto de intervenção é sensibilizar as gestantes acompanhadas por uma ESF do município de Cassilândia, sobre a possibilidade do parto vaginal.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Sensibilizar as gestantes sobre a possibilidade do parto vaginal, assistidas pela Equipe de Saúde da Família Dr. Adaias Marques Moreira, do município de Cassilândia, MS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar o perfil sociodemográfico das gestantes cadastradas na equipe de saúde da família Dr. Adaias Marques Moreira;
- Avaliar a efetividade da educação em saúde realizada com as gestantes;
- Classificar as gestantes de acordo com a Classificação de Robson;
- Realizar ações voltadas para a motivação do parto vaginal.

3. PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO

Local da intervenção

O Município de Cassilândia, situado na chamada região do bolsão Sul-mato-grossense, região leste do Estado de Mato Grosso do Sul, possui 20966 habitantes (IBGE, 2010).

Este trabalho será desenvolvido na unidade de saúde da família Doutor Adaias Marques Moreira ora denominada ESF Imperatriz, uma das oito unidades de saúde da família de Cassilândia. Esta unidade ambulatorial situa-se no bairro conhecido como Vila Imperatriz, porém abrange também os bairros Minas Gerais, São Vicente e uma parte do centro. Dentre os principais serviços e assistências disponíveis destacamos a consulta médica e de enfermagem, atendimento odontológico, cujas atividades integram a política da estratégia saúde da família do Ministério da Saúde.

Possui 861 famílias cadastradas pelos ACS compreendendo 2203 pessoas, onde a faixa etária mais numerosa é de 20 a 39 anos. A área adscrita contempla 01 escola de ensino fundamental, 01 creche, 01 casa de prostituição, 03 supermercados, 05 templos religiosos, uma quadra de esportes, uma área industrial e em média 15 bares.

Observa-se que a maioria das famílias possui renda baixa, favorecendo a marginalidade, desestrutura familiar, dependência química e problemas sociais. O território adscrito apresenta a maioria das ruas asfaltadas, onde 100% dos domicílios com coleta de lixo, abastecimento de água e energia elétrica realizado pelo serviço público municipal. Possui poucas casas com rede de esgoto, prevalecendo à forma de escoamento do banheiro ou sanitário através de fossa rudimentar.

Na área adscrita pela da unidade, o único serviço de saúde disponível é a UBSF. A equipe sempre que necessário utiliza os serviços de outros setores para complementar as ações garantindo assim maior resolutividade.

Escolha do tema do Projeto de Intervenção

Para a escolha do tema foi utilizado o método da estimativa rápida, assim os seguintes passos foram realizados: Observação do território, escuta dos profissionais e da comunidade, análise dos prontuários e dados do Sistema de Informação. Depois de seguir essas etapas, o tema definido foi sensibilizar as gestantes sobre a possibilidade do parto vaginal, assistidas pela

Equipe de Saúde da Família Dr. Adaias Marques Moreira, do município de Cassilândia, MS.

Público Alvo

O público alvo deste projeto de intervenção serão as 21 gestantes acompanhadas pela equipe. As participantes serão as gestantes acima de 15 anos, que fazem o pré-natal na unidade.

Ações propostas

O presente projeto de intervenção será dividido em etapas, a saber: Reunião com a equipe, apoio assistencial e atividades de educação em saúde.

Reunião com a equipe

Segundo Cruz (2008) a organização do trabalho em equipe é uma das bases fundamentais de sustentação da proposta de PSF e, portanto, reunir-se é ação estratégica: propicia o pensamento e a tomada de decisões, em conjunto, e de estratégias de intervenção que devem ser elaboradas conforme os recursos disponíveis.

Como rotina da equipe da ESF Imperatriz, no final de cada mês, coordenada pela enfermeira, os profissionais se reúnem para discutir e direcionar o processo de trabalho do mês seguinte, busca ativa de pacientes faltosos nos programas, priorização de ações conforme a demanda, e outros assuntos que se fizerem necessários. Resumindo, é objetivo da reunião discutir, elaborar e decidir estratégias para concretizar as ações entendidas como necessárias para garantir ou restaurar a saúde do território. Esse planejamento e avaliação é o principal diferencial quando a equipe se entende como equipe e consegue planejar e avaliar suas ações durante o espaço de reunião.

Contudo, aproveitando a reunião do mês de outubro, será feito a explanação para a equipe dos objetivos propostos pelo projeto de intervenção, e a importância deste na integralidade da assistência à gestante. Será solicitado em especial que os ACS, responsáveis pelo contato com as famílias da comunidade em suas próprias casas, façam o convite as gestantes, incentivando-as a participarem das atividades educativas propostas.

Os ACS conversam com a população e identificam as demandas que são levadas para as reuniões de equipe. A equipe de Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de conhecimentos entre os integrantes da equipe e destes com o saber popular da comunidade por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (CRUZ, 2008).

Apoio assistencial

O apoio assistencial será realizado através de consultas médicas e de enfermagem desde o teste rápido de gravidez até a consulta puerperal. Nesse momento as gestantes são atendidas conforme a idade gestacional que se encontram. As ações realizadas seguem as recomendações do Ministério da Saúde, onde 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 e de estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local do parto.

Confirmado a gravidez, a mulher é acolhida pelo enfermeiro, que será feito o cadastro da gestante com preenchimento da caderneta da gestante, feito testes rápidos de HIV, sífilis, hepatite B e C. Também é colhido sangue da polpa digital (triagem pré-natal) em papel filtro, onde este é enviado ao Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos da APAE de Campo Grande (IPED/APAE), laboratório conveniado ao município de Cassilândia para fazer a triagem pré-natal neonatal.

A Triagem Pré-Natal é dividida em duas fases, são elas:

Primeira Fase: são realizados 15 exames que detectam as seguintes doenças: Toxoplasmose, Rubéola, Doenças da Inclusão Citomegálica, Sífilis, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), Doença de Chagas, Hepatite B e C, Vírus Linfotrópico Humano (HTLV), Hipotireoidismo e Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias.

Segunda Fase: a coleta é feita com o mesmo procedimento realizado na Primeira Fase e deve ser efetuada a partir da 28ª semana de gestação. Nesta fase são feitos os exames para detectar as seguintes patologias: Toxoplasmose, Sífilis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

Além destes exames é solicitado também para a gestante os exames de hemograma, glicemia, tipagem sanguínea, urina 1 e urocultura que são realizados em laboratório no próprio município e a mulher já sai da unidade com o agendamento feito ao laboratório conveniado junto a Secretaria Municipal de Saúde.

Nesta mesma consulta, a enfermeira prescreve sulfato ferroso e ácido fólico, encaminha a gestante para vacinação, caso esteja com vacinas atrasadas, e também para consulta odontológica. É informada sobre a consulta de pré-natal do parceiro, e agendada para consulta médica em 30 dias, momento em que os resultados dos exames estarão disponíveis.

Posteriormente, de acordo com a classificação do risco gestacional, o acompanhamento periódico e contínuo de todas as gestantes, para assegurar seu seguimento durante toda a gestação, é realizado em intervalos preestabelecidos (mensalmente, até a 28ª semana; quinzenalmente, da 28ª até a 36ª semana; semanalmente, até o parto).

Durante a consulta médica, é solicitado ultrassonografia, e outros exames complementares que se fizerem necessários conforme as características de cada gestante. Os procedimentos e as condutas realizados sistematicamente e avaliados em toda consulta de pré-natal, e os achados diagnósticos sempre são anotados no prontuário e no Cartão da Gestante.

As gestantes também serão classificadas conforme a Classificação de Robson (Figura 1 – Classificação de Robson, anexo), que conforme cita Clode (2017) o sistema desenvolvido por Robson utiliza quatro critérios nos quais qualquer grávida se encaixa - antecedentes obstétricos (nulípara ou multípara com ou sem cesariana anterior), o tipo da gestação (feto único cefálico ou pélvico ou transverso, gravidez múltipla), a forma como se desencadeia o parto (espontâneo, induzido ou cesariana eletiva) e a idade gestacional em que o parto ocorre (antes ou a partir da 37ª semana). Todos estes critérios são simples e facilmente adquiridos por médicos ou enfermeiros, mutuamente exclusivos e totalmente inclusivos, clinicamente relevantes (sendo que é esta a informação que transmitimos quando passamos um caso), universais (os critérios aplicam-se em qualquer parto do Mundo) e não dependem de avaliações complexas.

Ainda, segundo Clode (2017) este processo de classificar de acordo com os critérios de Robson tem aplicações práticas muito óbvias. O primeiro é o de ficarmos a conhecer o peso que cada grupo tem na população que assistimos. Muito provavelmente constataremos que os grupos que nos dão mais trabalho e que mais nos preocupam – gestações múltiplas, pré-termo – são os menores e, no que concerne a cesarianas, aqueles que menos peso tem na taxa da intervenção.

Materiais e Métodos

A coleta de dados ocorrerá durante a vinda das gestantes para a consulta pré-natal, conforme o consentimento das mesmas. Será usado como critério de inclusão: gestante com idade acima de 15 anos, que fazem pré-natal na unidade de saúde da pesquisa, com a consciência preservada e capaz de expressar verbalmente. Além do direito voluntário em abandonar o projeto a qualquer momento, sem a necessidade de se justificar, serão adotados os critérios de exclusão: pacientes mentalmente incapacitadas; gestantes de alto risco, incluindo diabéticas, cardiopatas, pneumopatas, com restrição intra-uterina, com polidrâmnio ou oligoâmnio, descolamento

premature de placenta, placenta prévia, rotura das membranas, malformação fetal e pós-datismo, dentre outras situações clínicas que podem interferir na escolha do parto pela gestante.

Uma vez que a equipe de saúde atende a população segundo o ciclo de vida que se encontra, sendo assim discriminados, segunda-feira atende crianças e adolescentes, terça-feira atende idosos, hipertensos e diabéticos, nas quartas feiras atende a mulher, nas quintas feiras atende gestantes e seus maridos e homens, desta forma o público alvo desta intervenção será atendido nas quintas feiras no período matutino do mês de novembro e dezembro de 2018.

Atividades educativas: Grupo de Apoio

As gestantes receberão orientações sobre as vias de parto e cuidados durante a gestação dentre outras solicitações feitas pelas mulheres, que surgirem durante as atividades educativas conforme propostas de temas apresentados no quadro 2, que visam gerar reflexões acerca de conteúdos importante e de interesse das participantes. Será utilizada a metodologia da conversação e problematização, proporcionando reflexão relativa aos aspectos que envolvem a gestação de forma que as gestantes expressassem suas dúvidas e somem seus saberes. Será utilizada como espaço educativo a sala de reunião da própria UBSF, onde as gestantes serão acomodadas em cadeiras formando um semicírculo, de maneira que todas podem ser vistas e interagir com o grupo. Serão realizados 4 encontros com cada grupo formado, onde dois temas são propostos pela equipe e dois temas serão escolhidos pelas participantes, portanto os encontros acontecerão de novembro de 2018 a fevereiro de 2019.

Nos encontros de fevereiro, encerrando as atividades, será aplicada uma dinâmica conhecida como dinâmica do balão, onde, cada balão irá conter em seu interior uma pergunta referente aos temas abordados e serão distribuídos para as participantes, que ao som de uma música de relaxamento, irão dançando e trocando os balões entre elas, quando a música parar, cada gestante irá estourar o seu balão e responder a pergunta contida no balão. Esta dinâmica favorece a descontração entre o grupo, resgata os saberes adquiridos durante os encontros e fortalece o vínculo dos profissionais da equipe com as gestantes.

Uma vez que as gestantes veem na unidade mensalmente, o mesmo tema será trabalhado em todas as quintas-feiras de maneira que o conteúdo abordado seja discutido com todas as gestantes que fazem parte da unidade. Ao término de cada encontro, será realizada uma atividade de alongamento com as gestantes, com o apoio de uma ACS que é educadora física e desenvolve grupo de alongamento com clientes da área, por fim será oferecido um lanche doado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Entende-se que as dinâmicas de grupo facilitam a interação e o fortalecimento de vínculos entre os participantes, substituindo metodologias tradicionais baseadas na verticalidade e valorização somente do conhecimento técnico, que não garantem o diálogo e a reflexão correndo o risco de basear-se somente no repasse de informações (GENIAKE et. al, 2015).

Após as atividades, será aplicado um questionário semi-estruturado (Apêndice A), sendo as variáveis consideradas: Características demográficas e sociais, dados da gestação e a escolha da via de parto. As orientações serão realizadas pela enfermeira e médica responsável pela equipe e também será solicitado o apoio da médica ginecologista e obstetra da equipe do NASF.

Em janeiro de 2019, durante as consultas de pré-natal as gestantes responderão o questionário sobre suas escolhas da via de parto, pois terão sido orientadas previamente conforme discriminado no quadro acima. Os resultados do questionário irão resultar em apontamentos importantes para a elaboração de novas estratégias de ações relacionados a essa temática.

4. AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS

Este projeto de intervenção apresentou muitas fragilidades no decorrer do seu desenvolvimento, sendo a principal dificuldade em relação à adesão das gestantes na participação das atividades educativas propostas, uma vez que a maioria trabalha em empresas locais e são dispensadas apenas no horário da consulta, ficando sujeitas ao retorno rápido ao ambiente de trabalho. Outro fator que fez com que as ações do projeto não fossem realizadas foi em relação ao mês de dezembro, no qual o município adota o sistema de recesso de fim de ano, fazendo escala de trabalho entre as oito unidades de saúde, assim distribuídas, quatro folga na semana do natal e quatro folga na semana do ano novo, sendo assim os encontros com as gestantes do mês de dezembro não ocorreram, sendo adiados para o mês de fevereiro, uma vez que a janeiro houve férias de vários profissionais da unidade de saúde, inclusive da idealizadora deste projeto de intervenção.

O encontro do dia 22 de novembro ocorreu com a participação de apenas 5 gestantes das 21 cadastradas no período, que foram abordadas enquanto aguardavam a consulta médica de rotina de pré-natal. As gestantes foram encaminhadas para a triagem, onde foram pesadas, feito o cálculo da idade gestacional, e aferida à pressão arterial.

As gestantes foram questionadas sobre suas queixas ou se houve alguma intercorrência no intervalo entre a consulta anterior e o presente momento e todos os dados foram anotados no prontuário e no cartão da gestante. Após a triagem da enfermagem as gestantes foram direcionadas para uma sala de reuniões específica, onde foi realizada a roda de conversa com as mesmas com o tema “Alterações ocorridas no corpo da mulher durante a gestação”.

Esta intervenção teve como fundamento a troca de saberes, onde aquelas que já tiveram filhos, em especial, que já tiveram partos vaginal anteriormente, contaram suas experiências relatando que a princípio tinham medo da dor durante o trabalho de parto, mas depois do parto tiveram outra visão positiva, até incentivando as primigestas a usar o mesmo método de parto, e a enfermeira foi explicando o porquê de cada alteração e o que fazer para evitá-las, ensinando técnicas como caminhar no corredor do hospital, massagem corporal feita pela pessoa que for acompanhar o parto, técnicas respiratórias e banho morno de aspensão. Ao término foi servido um lanche para maior vínculo entre cliente/equipe.

Segundo informações da Universidade Federal do Rio de Janeiro, uma tarefa importante em obstetrícia é ajudar as mulheres a suportar a dor do parto. Isto pode ser alcançado através de alívio da dor com métodos não farmacológicos, ferramentas importantes e com comprovação

científica, utilizadas durante o trabalho de parto. Estas orientações devem se iniciar, na medida do possível, durante o pré-natal, para que a gestante se familiarize com os métodos. Nesta ocasião deve ser enfatizada também a importância de um acompanhante, de escolha da parturiente, antes e durante o parto, para apoiá-la e, assim, contribuir para uma experiência positiva do parto e no alívio da dor.

Os métodos não farmacológicos (MNFs), incentivados pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999) em suas recomendações para o atendimento ao parto normal que os classifica como "condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas", são estratégias usadas no trabalho de parto para aumentar a tolerância à dor.

Tendo em vista as características multidimensionais e individuais da dor, todas as variáveis envolvidas na experiência do nascimento devem ser levadas em conta na escolha do método a ser utilizado durante o trabalho de parto, já que o uso de medidas não farmacológicas exige da mulher um maior senso de controle sobre seu corpo e suas emoções, fatores que nem sempre estão presentes (GAYESKI; BRUGGEMANN, 2010). De acordo com a classificação de Merhy e Onocko (1997) tais métodos podem ser classificados como tecnologia leve-dura e se referem aos saberes profissionais estruturados como a clínica, a epidemiologia, entre outras áreas, podendo ser organizados de acordo com sua atuação no processo de trabalho.

Contudo, observa-se que o trabalho educativo não é uma tarefa simples, em que o profissional de saúde apresenta seu tema e o cliente absorve as informações. O trabalho educação em saúde vai muito além, desde a disponibilidade do participante até a troca de experiências, sem dizer no vínculo profissional/cliente.

Após reunião mensal com a equipe realizada na sala de reuniões da unidade de saúde no dia sete de fevereiro, para explicar sobre o não alcance dos objetivos propostos, foi sugerido que fosse marcado uma data única na agenda do pré-natal, e assim, utilizar este dia para fazer uma abordagem geral as gestantes, com os temas propostos no cronograma. Sendo assim, ficou agendado para o dia 28 de fevereiro, este novo encontro, onde será feito uma roda de conversa com os temas propostos no quadro 2 e aqueles que surgirem no momento do encontro, bem como a aplicação do questionário.

A equipe mesmo bem empenhada com o projeto de intervenção, considerando como positiva a aceitação das gestantes com o projeto com relação à roda de conversa, não se pode perder a oportunidade de durante a consulta médica sanar as dúvidas das gestantes em relação ao parto, e as alterações fisiológicas ocorridas durante a gestação e incentivar a participação delas nas reuniões.

As consultas do pré-natal são feitas conforme o protocolo do Ministério da Saúde, e quando são diagnosticadas pacientes que tem necessidade de um acompanhamento diferenciado com consultas compartilhadas e também é realizado um Plano Terapêutico Singular (PTS) com a participação de outras equipes de saúde como Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) ou mesmo de outros setores como Centro de Referência em Assistente Social (CRAS) e Centro de Referência especializada em Assistência Social (CREAS). Dentre as principais necessidades de PTS pode citar Hipertensão Gestacional, Diabetes Gestacional, Depressão, Crises de Ansiedade, Transtorno Bipolar, Obesidades.

O segundo encontro que aconteceu no dia 28 de fevereiro estiveram presentes 3 gestantes, foi realizado uma roda de conversa com tira dúvidas, onde a enfermeira pediu para as gestantes citar quais os desconfortos que estas mulheres estão sofrendo no período gestacional. Conforme as grávidas relataram seus desconfortos, tanto a enfermeira como a médica da equipe explicou o porquê do desconforto e o que fazer para melhorar ou evitar tais incômodos. Esta ação foi muito proveitosa, pois cada uma das gestantes presentes encontrava-se em um trimestre da gestação, podendo esclarecer os principais desconfortos e as melhores medidas para evitá-los. Um dos exemplos dos desconfortos citados foi o edema no último trimestre, onde uma gestante além de comentar sobre este sinal foi possível mostrar para todos os presentes o quanto a alimentação é importante para evitar tal situação, pois a gestante relatou que só come alimentos multiprocessados. Oportunamente a enfermeira explicou sobre a alimentação saudável com consumo de alimentos saudáveis e redução do sal para a prevenção do edema, bem como a pratica de atividade física, no qual foi ofertado para as partícipes hidroginásticas na Academia da Saúde.

Em se tratando do parto, duas gestantes citaram suas experiências no parto anterior, onde coincidentemente ambas tiveram o trabalho de parto bastante traumatizante na gestação anterior. Aproveitando a fala destas mulheres a médica foi esclarecendo e explicando como deve ser o parto natural e em que condições se devem optar por cesariana.

Os Agentes Comunitários presentes aproveitaram a oportunidade para falar dos documentos que devem ser levados para a maternidade, e a importância de fazer o Cartão Nacional do SUS do recém nascido o mais breve possível para que o teste do pezinho seja colhido na primeira semana de vida.

Contudo, é importante ressaltar que a Humanização do Parto é um processo e não um produto que nos é entregue pronto, precisa ser tomadas providências desde o início da gestação, com a realização precoce do pré-natal (MORAES, s/d).

Esse processo inicia desde o começo da gestação, desde as primeiras consultas de pré-natal, dando orientações, ouvido queixas e expectativas, tirando as dúvidas. Através de um pré-natal mais participativo, onde não só o profissional de saúde fala, mas com a participação da gestante e dos familiares. A comunidade também pode interagir por meio de reuniões, como rodas de conversa com a troca de informações e diálogos em grupo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, (OMS, 2000) “Humanizar o parto é um conjunto de condutas e procedimentos que promovem um parto e um nascimento saudável, pois respeita o processo natural e evita condutas desnecessárias ou riscos para a mãe e o bebê”.

Em relação ao perfil sócio-demográfico das gestantes participantes deste projeto de intervenção, este estudo foi composto por 26 gestantes que se enquadraram nos critérios de inclusão para participarem. Em relação à faixa etária das gestantes houve predomínio dos 18 aos 35 anos (54%), a maioria das gestantes era casada (46%), com ensino fundamental incompleto (26%), e cor da pele branca (54%).

Em relação à situação familiar, observa-se que a maioria (31%) das gestantes vive com filhos e o pai da criança, no entanto, ter um marido ou um companheiro também é uma dificuldade para algumas, pois 4 destas gestantes vivem com outras pessoas ou com outros familiares e sem companheiro. A falta de um companheiro pode acarretar muitos e vários acontecimentos que deixam marcas e podem afetar a dimensão psicoemocional da gestante. Para Moimaz et al. (2011), o conceito mais amplo de família, cujos modelos não seguem o padrão tradicional de pai, mãe e filhos, possibilita a interferência na dinâmica familiar.

Para Gontijo e Medeiros (2004) união estável com o parceiro diminui a incidência de abandono da criança e garante proteção a gestante.

A família pode ser considerada o sistema mais importante na vida dos indivíduos. Relações familiares saudáveis desde o nascimento da criança servem como fator de proteção para toda a vida (SCHENKER; MINAYO, 2005).

Considerando o motivo das gestantes na escolha do tipo de parto, percebe-se uma diferença significativa nas respostas das gestantes conforme o parto que deseja. Aquelas que desejam realizar parto normal (42%), os motivos predominantes da escolha é devido à melhor recuperação, período menor de internação e pós parto menos doloroso. Aquelas que desejam realizar parto cesárea (50%) demonstraram que o medo da dor, possibilidade de fazer laqueadura e por antecedentes familiares os motivos da escolha. Apenas 8% das gestantes não haviam decidido qual parto deseja realizar.

Mandarino et al. (2009) e Tedesco et al. (2004), em seus estudos encontraram dados semelhantes a esta pesquisa onde a decisão na escolha do parto referem a menos dor/sofrimento para a mulher, recuperação rápida, redução quanto à permanência no ambiente hospitalar, já no parto cesáreo os fatores levantados não ter dor no trabalho de parto, duração do procedimento em menor tempo proporcionando maior comodidade para a mulher.

Quanto a Classificação de Robson, das 26 gestantes que responderam o instrumento norteador deste projeto de intervenção, 16 já pariram, portanto, puderam ser classificadas e ficou assim discriminado: 3 gestantes se enquadram no grupo 3, 3 gestantes no grupo 2 e 3 gestantes no grupo 3, 1 gestante no grupo 4, 5 gestantes no grupo 5 e 1 no grupo 10. Todas poderiam evitar a cesárea segundo a classificação, no entanto, 10 (62,5%) fizeram parto normal e 6 (37,5%) cesáreas.

Todos os critérios da Classificação de Robson são simples e facilmente adquiridos por médicos ou enfermeiros, mutuamente exclusivos e totalmente inclusivos, clinicamente relevantes, universais (os critérios aplicam-se em qualquer parto do Mundo) e não dependem de avaliações complexas. A sua utilização por um Serviço de Saúde seja de atenção básica ou hospitalar, permite analisar os parâmetros de qualidade e o seu uso generalizado vai permitir comparar não só instituições como regiões. E, caso a população assistida se reveja, se consiga classificar, nos grupos de Robson provavelmente poderá escolher, de forma mais esclarecida, o Serviço em que ocorrerá o parto - ou porque apresenta os melhores resultados para o grupo em que se insere ou porque tenha procedimentos que mais se adequem aos seus interesses (CLODE, 2017).

O processo de classificar a gestantes deve se levar em consideração também as morbidades crônicas, infecciosas, características clínicas individuais bem como dados epidemiológicos da população assistida. Dois exemplos que podemos citar dentre as gestantes que fizeram parte deste estudo, que foram classificadas no grupo 5 (cesárea evitável), uma é portadora do vírus HIV e sendo assim teve que ser submetida a cesariana e a outra o feto apresentava circular de cordão umbilical e o obstetra também optou por cesárea.

Claro que a qualidade da assistência prestada a mulher no momento gestacional /parturiente/puerperal só é possível quando existe uma comunicação efetiva entre os serviços de atenção básica, hospitalar, gestão do SUS e parceiros, assim como um bom vínculo entre equipe de saúde e população.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, identificou-se o predomínio de gestantes adulto jovens com nível de escolaridade no ensino fundamental incompleto, casadas, cor da pele branca e convivendo com filhos e o pai da criança. Não é possível apontar um único fator que justifique a escolha da cesárea ou do parto normal pelas gestantes, entretanto, a fragilidade feminina e o tabu da dor foram os dados mais relevantes encontrados neste estudo e também na literatura pesquisada.

A roda de conversa repercutiu de forma positiva entre as participantes, pois suas dúvidas foram respondidas e estas afirmaram estar mais tranquilas e seguras apesar de muitas não estarem na sua primeira gestação. Todos os resultados alcançados demonstraram que a realização desta atividade se revelou de grande valia, visto que nesta fase da vida, estas mulheres encontram-se necessitadas de informações e apoios. As trocas de saberes foram muito relevantes, pois verificou-se que foi possível conhecer melhor as gestantes, bem como seus anseios e perspectivas relacionadas à gestação e principalmente quanto ao parto.

Contudo, apesar de estarem sendo orientadas, verifica-se alguma deficiência nesta assistência, pois as mesmas não estão seguindo as propostas dos profissionais de saúde que as atendem na estratégia saúde da família, uma vez que o desejo de parto cesárea ainda é prevalente. É preciso investir em estratégias para fornecer informações qualificadas à mulher, ao informá-la sobre os riscos que podem ser gerados em decorrência de um procedimento cirúrgico desnecessário.

A Classificação de Robson mostrou ser útil, no entanto percebe-se uma fragilidade no município de Cassilândia, pois a interlocução entre a atenção básica e o nível hospitalar é baixa, e ainda não dialogam para o fortalecimento do parto humanizado e não cirúrgico.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria n.º 569/GM de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 08 jun. 2000. Disponível em: <<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>>>. Acesso em: 27 jul. 2018.

_____, 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. p. 14-19.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. **PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 26 jul. 2018.**

CLODE, Nuno. A classificação de Robson: Apenas uma forma de classificar cesarianas?. **Acta Obstet Ginecol Port**, Coimbra , v. 11, n. 2, p. 80-82, jun. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302017000200003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 mar. 2019.

World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Report of a Technical Working Group. WHO/FRH/MSM/96.24. chap. 6 Classification of practices in normal birth. Geneva: WHO; 1999.

Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.

CARDOSO, Priscila Oliveira; ALBERTI, Luiz Ronaldo e PETROIANU, Andy. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, n.2, pp. 427-435. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a19.pdf> >. Acesso em: 22 jul. 2018.

CLODE, Nuno. A classificação de Robson: Apenas uma forma de classificar cesarianas?. **Acta ObstetGinecolPort**, Coimbra , v. 11, n. 2, p. 80-82, jun. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302017000200003&lng=pt&nrm=i>. acessos em 27 out. 2018.

CRUZ, M.L.S. et. al Reunião de equipe: uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da Família (PSF). **Psic. Rev.** São Paulo, volume 17, n.1 e n.2, 161-183, 2008. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/view/18030/13390>. Acesso em: 07 já. 2019.

DOMINGUES, RMSM, SANTOS EM, LEALMC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para debate. **Cad. Saúde Pública**, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000100007> Acesso em: 27 jul. 2018.

FEBRASGO. **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia**. Organização Mundial de Saúde lança 56 recomendações para tentar diminuir as cesáreas. 14 de março de 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/noticias/item/402-organizacao-mundial-da-saude-oms-lanca-56-recomendacoes-para-tentar-diminuir-as-cesareas?highlight=WyJjZXNcdTAwZTFyZWFiXQ==>. Acessado em: 21 ago 2018.

GENIAKE, LMV. Oficinas educativas com gestantes: uma intervenção na unidade de saúde da família. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, v. 14, n. 1, p. 136-144, jan./jun. 2015. Disponível em: www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/download/27542/pdf. Acesso em: 23 jan. 2019.

GONTIJO, D. T & MEDEIROS, M. (2004). A gravidez/maternidade e adolescentes em situação de risco social e pessoal: algumas considerações. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 3(6), Disponível em: < www.fen.ufg.br > Acesso em: 01 out. 2018.

HOTIMSKY, S. N et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2002, v. 18, n. 5, p. 1303-1311. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500023>. Acesso em: 27 jul. 2018.

OSAVA, Ruth Hitomi et al. Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. **Rev. Saúde Pública**[online]. 2011, vol.45, n.6, pp. 1036-1043. ISSN 0034-8910. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/2412.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2018.

PELLOSO SM et al. Opção ou Imposição! Motivos da escolha dacesárea. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, 4(1): 3-8, 2000. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004001000006> Acesso em : 12 jul. 2018.

GAYESKI, Michele Ediane; BRUGGEMANN, Odaléa Maria. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 19, n. 4, p. 774-782, Dez. 2010 . Disponível em:<http://www.scielo.br/sciel o.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000400022>.

TEDESCO, R. P. *et al.* Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, nov-dez, 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032004001000006>>. Acesso em: 27 jul. 2018.

MORAES, E. **Entenda o que é o parto humanizado e não caia nas interpretações equivocadas.** Disponível em:<http://www.despertardoparto.com.br/o-que-e-parto-humanizado.html>. Acesso em: 25 fev. 2019.

UFRJ. **Métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto.** Protocolo de Rotinas Assistenciais da Maternidade – Escola. Disponível em: http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/metodos_ao_farmacologicos_de_alivio_da_dor.pdf. Acesso em 16 mar. 2019.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p.965-72, 2011.

SCHENKER, Miriam e MINAYO, Maria Cecília de Souza. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciênc. saúde coletiva**. 2005, vol.10, n.3, pp. 707-717. ISSN 1678-4561. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a27v10n3.pdf>> Acesso em: 19 fev. 2019.

MANDARINO, Natália Ribeiro et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2009, vol.25, n.7, pp. 1587-1596. ISSN 1678-4464. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/17.pdf>> Acesso em: 28 ago. 2018.

APÊNDICE

APÊNDICE A - INSTRUMENTO NORTEADOR PARA A COLETA DOS DADOS

INÍCIAS: _____

1. CARACTÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

1.1. Idade

< 15 anos 15-18 anos 18 - 35 anos ≥ 35 anos

1.2. Estado Civil

Solteira Casada Outro

1.3. Escolaridade

Ensino Fundamental Completo Ensino Fundamental Incompleto

Ensino Médio Completo Ensino Médio Incompleto

Ensino Superior Completo Ensino Superior Incompleto

Analfabeta

1.4. Cor

Amarela Branca Indígena Parda Preta

1.5 Situação familiar

vive só

vive com os familiares e com o pai da criança

vive com filhos e o pai da criança

vive apenas com o pai da criança

vive com outras pessoas

1.6 Trabalha

sim

não

2. DADOS DA GESTAÇÃO

2.1. Idade Gestacional que se Encontra

1º Trimestre 2º Trimestre 3º Trimestre

2.2. Primeiro Filho

Sim Não

2.3. História Obstétrica Gestações

Partos Nº de gestação Abortos

2.4. Época da Escolha do Tipo de Parto

1º Trimestre 2º Trimestre 3º Trimestre

2.6. Tipo de Parto Que Deseja

Normal /Vaginal Cesárea Não escolheu ainda

2.7. Assistência Pré-Natal

Sim Não

2.8. Tipo de Hospital

Público Privado

2.9. Recebeu Informações/Orientações Sobre os Riscos Envolvidos no Parto Normal/ Vaginal em Consultas do Pré-Natal

Sim Não

2.10. Recebeu Informações/Orientações Sobre os Riscos Envolvidos no Parto Cesárea em Consultas do Pré-Natal

Sim Não

3. ESCOLHA DA VIA DE PARTO

3.1. Como Escolheu o Tipo de Parto

Por medo de anestesia

Por medo de dor

Por posicionamento do bebê

Por antecedentes familiares

Por indicação médico

Por razões estéticas

Por ter melhor recuperação

Pelo período de internação

- () Por não atrapalhar a vida sexual
- () Por ter pós-parto menos doloroso
- () Por possibilitar fazer laqueadura tubária
- () Por ser menos o sofrimento para a mulher
- () Por ser menos o sofrimento para o bebê

ANEXO



Figura 1. Atividade Educativa - Roda de Conversa



Figura 2. Atividade Educativa - Roda de Conversa



Figura 3. Atividade Educativa - Roda de Conversa

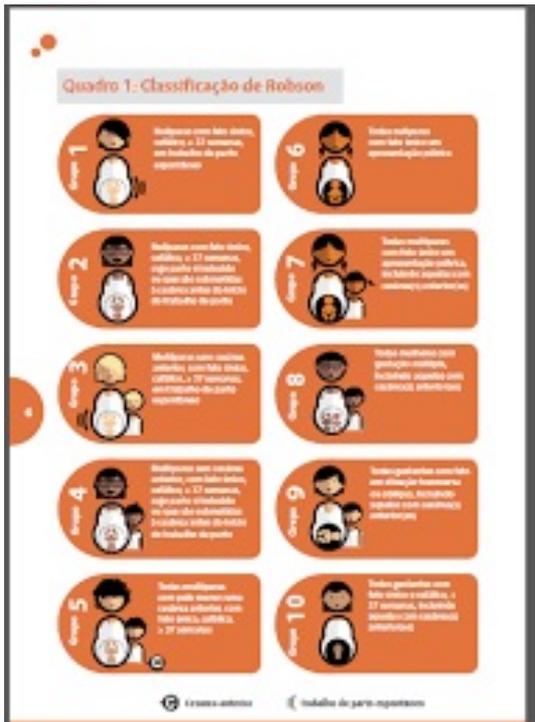


Figura 4. Classificação de Robson