

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

JOSUELEM ASSUNÇÃO DE ALMEIDA OLIVEIRA

ORIENTAÇÃO À GESTANTE QUANTO A ESCOLHA DA VIA DE PARTO

**MANAUS – AMAZONAS
2015**

JOSUELEM ASSUNÇÃO DE ALMEIDA OLIVEIRA

ORIENTAÇÃO À GESTANTE QUANTO A ESCOLHA DA VIA DE PARTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Suely de Sousa Pereira.

**MANAUS – AMAZONAS
2015**

Oliveira, Josuelem Assunção de Almeida.

Orientação à gestante quanto a escolha da via de parto /
Josuelem Assunção de Almeida Oliveira. – Manaus, 2015.

30 p.

Projeto de Intervenção (Especialização). Escola de
Enfermagem do Amazonas.

Orientadora Prof^a. Dra. Maria Suely de Sousa Pereira.

Área de Concentração: Saúde Materna Infantil.

1. Parto 2. Pré-natal 3. Educação em Saúde

JOSUELEM ASSUNÇÃO DE ALMEIDA OLIVEIRA

ORIENTAÇÃO À GESTANTE QUANTO A ESCOLHA DA VIA DE PARTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista.

APROVADA EM 2015:

Prof^a. Dra. Maria Suely de Sousa Pereira
Orientadora

Prof. Dra Semírames Cartonilho de Souza Ramos

Prof. Dra Clara de Jesus Marques Andrade

MANAUS – AMAZONAS

2015

Dedico este trabalho às gestantes do pré-natal da UBS Leonor Brilhante as quais tenho

a satisfação de cuidar.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me fortalecer em minhas fraquezas.

À minha família por me apoiar em meus sonhos.

Aos professores pela dedicação e paciência.

Aos colegas pelo incentivo e amizade.

“Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer.”

(Michel Odent)

RESUMO

A falta de orientação de gestantes sobre as vantagens e benefícios do parto vaginal para si e para seus conceitos tem contribuído para que essas mulheres adotem o parto por via abdominal como primeira escolha. Tais mulheres devem ser orientadas desde o início do pré-natal quanto ao tipo de parto mais adequado às suas condições clínicas, uma vez que o parto vaginal reúne, em relação à cesariana, uma série de vantagens, o que o torna a forma ideal de se parir, pois tem melhor custo benefício e propicia à mulher uma recuperação bem mais rápida. Em contrapartida, o parto abdominal eleva em até 2,3 vezes o risco de morbimortalidade materna. Desde o ano de 2009, o número de partos abdominais em nosso país tem ultrapassado os de partos vaginais, chegando a 56,63% em 2013. Esses números podem ser reflexo do despreparo dessas mulheres, que pela falta de conhecimento sobre o assunto tornam-se inseguras e vulneráveis no momento do parto. Durante o atendimento das gestantes no pré-natal, muitas questionavam, desde a primeira consulta, sobre qual tipo de parto seriam submetidas, e algumas relatavam que já haviam sido abordadas por profissionais de saúde para que agendassem a cesariana, pois alegavam ser um procedimento mais confortável e seguro para mãe e bebê, sem expor os riscos de uma cirurgia. Diante disso, este trabalho de intervenção teve como objetivo orientar a gestante durante o pré-natal quanto à melhor escolha da via de parto em uma gestação de risco habitual através de atividades de educação em saúde. Até o momento foram realizadas 8 atividades educativas com a participação de 113 grávidas. As atividades foram realizadas mensalmente. Os temas abordados foram alimentação saudável e exercícios na gravidez, tipos de partos, vantagens do parto vaginal em relação ao parto abdominal para a mãe e o bebê, como identificar o início do trabalho de parto e posições que favorecem a saída do bebê durante o parto. O encerramento de cada atividade era marcado pela prática de exercícios físicos de fortalecimento do assoalho pélvico a fim preparar o corpo para o momento do parto e o oferecimento de um lanche rápido cortesia dos funcionários da unidade de saúde. Espera-se alcançar um número de 140 mulheres até dezembro de 2015 e desmistificar o parto vaginal contribuindo para a diminuição do número cesarianas desnecessárias.

Palavras-chave: Parto. Via de Parto. Pré-natal. Educação em saúde.

ABSTRACT

The lack of guidance of pregnant women about the advantages and benefits of vaginal delivery for themselves and their fetuses have contributed to these women adopt birth by cesarean section as first choice. These women should be oriented since the early prenatal as the most suitable type of delivery to their clinical conditions, as vaginal delivery gathers towards cesarean, a number of advantages which make it an ideal form of to give birth as it has most cost-effective and provides the woman a much faster recovery. In contrast, abdominal childbirth increases by up to 2.3 times the risk of maternal morbidity and mortality. Since 2009, the number of abdominal births in our country has exceeded the vaginal deliveries, reaching 56.63% in 2013. These figures may reflect the lack of preparation of these women that the lack of knowledge on the subject tornam- is insecure and vulnerable at birth. During the care of pregnant women in prenatal care, many questioned, since the first consultation on which type of delivery would be submitted, and some reported that they had been approached by health professionals to agendassem cesarean section because it claimed to be a more procedure comfortable and safe for mother and baby, without exposing the risks of surgery. Thus, this intervention study aimed to guide the pregnant women during prenatal about the best choice of mode of delivery in a usual risk of pregnancy through health education activities. So far they have been held 8 educational activities with the participation of 113 pregnant. The activities were held monthly. The topics were healthy nutrition and exercise during pregnancy, type of delivery, vaginal delivery advantages over abdominal delivery for the mother and the baby, how to identify the onset of labor and positions that favor the baby out during labor . The end of each activity was marked by physical exercises to strengthen the pelvic floor to prepare the body for childbirth and offering a quick snack courtesy of the health unit employees. It is expected to reach a number of 140 women until December 2015 and demystify vaginal delivery contributing to the reduction of unnecessary cesareans number.

Keywords: Childbirth. Via Childbirth. Prenatal. Health education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO	12
3 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ EXECUTADO O PROJETO	13
4 JUSTIFICATIVA	14
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
5.1 Parto Vaginal	16
5.2 Parto Abdominal	17
5.3 Importância da Educação em Saúde no Pré-natal	19
5.4 Boas Práticas Obstétricas Baseadas em Evidências Científicas.....	19
6 PÚBLICO ALVO.....	21
7 OBJETIVOS DO PROJETO.....	22
7.1 Objetivo Geral	22
7.2 Objetivos Específicos.....	22
8 METAS	23
9 METODOLOGIA.....	24
10 CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES	25
11 ORÇAMENTO	26
12 RECURSOS HUMANOS.....	27
13 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO	28
REFERÊNCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, o parto era um evento essencialmente feminino, onde a parturiente era assistida por outras mulheres sendo livre para assumir a posição que desejasse no momento de parir, o que permitia ao parto ser espontâneo e natural, pois a mulher exprimia-se da maneira que desejasse. Isto acontecia em sua própria casa o que gerava um sentimento de segurança na parturiente por encontrar-se neste momento em um local seguro e acolhedor. Nestas condições adotavam posições verticais no momento do parto o que favorecia a descida do concepto evitando sofrimento para mãe e filho (DINIZ, 2011).

Tanaka (1995) citado por Oliveira et al (2002) afirma que no Brasil, o parto deixou de ser fundamentalmente domiciliar para ser hospitalar somente após a segunda guerra mundial, quando surgiram novos conhecimentos e habilidades nos campos da cirurgia, anestesia, assepsia, hemoterapia e antibioticoterapia, que reduziram consideravelmente a morbimortalidade materna nas intervenções praticadas no parto hospitalar.

Apesar desta mudança ter colaborado para o controle dos riscos materno-fetais, contribuiu também para a introdução de grande número de intervenções desnecessárias que caracterizaram o parto como algo patológico, e não fisiológico. Isso é percebido pelo grande número de partos abdominais em nosso país que ultrapassam o percentual aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que seria de até 15 % (OMS, 1996). A partir de 2009 o número de partos cesáreos ultrapassaram os partos vaginais pela primeira vez, crescendo a cada ano estes números, chegando a 56,63% em 2013 (BRASIL, 2015).

Leguizamon Junior et al (2013) em acordo com Dias e Deslandes (2006) presumem que o novo papel da mulher na família e sociedade aliado ao avanço do respeito à autonomia da mulher estejam influenciando o aumento do número de operações cesarianas. Porém, Hotimsky e Scrhaiber (2005) acreditam que a principal causa para o aumento desses números seja a interferência médica, justificada por estes como procedimento confortável e seguro para mãe e concepto.

Segundo Villar et al (2007) citado por Reis et al (2014) quando comparado ao parto natural, a possibilidade de morbimortalidade materna se eleva em 2 vezes entre mulheres submetidas à cesariana intraparto e 2,3 vezes em cesariana eletiva.

Esta última situação, além de prolongar a permanência hospitalar, associa-se à maior morbimortalidade após alta.

A proposta deste trabalho foi motivada pelo grande número de mulheres atendidas no pré-natal que acreditam que a via abdominal é a mais segura para o desfecho da gravidez, e aquelas que desejam parto vaginal no início da gravidez, mas que são estimuladas no decorrer da mesma a optarem por parto abdominal.

O objetivo deste projeto de intervenção foi orientar a gestante durante o pré-natal quanto à melhor escolha da via de parto em uma gestação risco habitual.

2 PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

Este projeto de intervenção iniciou-se a partir das inquietações verbalizadas por gestantes durante suas consultas de pré-natal em uma unidade básica de saúde (UBS) quanto ao tipo de parto ao qual seriam submetidas ao final de cada gestação. E devido à insegurança vivida pelas mesmas quanto ao momento certo de ir à maternidade, bem como, o que esperar do trabalho de parto. Algumas grávidas chegaram a relatar que foram abordadas por profissionais de saúde em clínicas particulares, ao realizarem a primeira ultrassonografia na gestação, para que agendassem cesarianas eletivas, pois estes profissionais transmitiam em suas abordagens a ideia de que esta opção seria a mais segura para a gestantes e seus bebês. Tais mulheres, por experimentarem um dos momentos mais intensos de suas vidas, mostram-se ansiosas quanto a evolução da gravidez e o parto propriamente dito. Pensando nisso, foi proposto o desenvolvimento de atividades de educação em saúde voltadas para este grupo.

3 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ EXECUTADO O PROJETO

A UBS Maria Leonor Brilhante está localizada na zona leste de Manaus, no bairro Tancredo Neves, foi inaugurada em 22 de dezembro de 2005. Oferece serviços de atenção primária à saúde em: serviço de atenção ao paciente com tuberculose, serviço de atenção integral em hanseníase, serviço de atenção ao pré-natal, parto e nascimento, saúde do idoso, saúde na escola, saúde bucal, pediatria, ginecologia, e clínica médica. Conta com o serviço de apoio do serviço social, farmácia, central de esterilização de materiais. Suas instalações contam com quatro consultórios de clínica básica, consultório de odontologia, sala de curativo, consultório de enfermagem, sala de imunização, sala de inalação, posto de coleta de exames laboratoriais, auditório, e três salas de uso administrativo. Atende mensalmente em média 316 mulheres no pré-natal.

4 JUSTIFICATIVA

Ao iniciar minhas atividades laborais na unidade em questão, pude observar que não havia atividades de educação em saúde voltadas pra gestantes realizadas pela equipe de enfermagem, tão pouco, de incentivo ao parto normal, tema de extrema relevância. Visto que a falta de orientação destas mulheres sobre o assunto prejudica a escolha da via de parto e torna débil o empoderamento da mulher para o momento do trabalho de parto e parto em si. Por isso, busquei desenvolver atividades que promovessem não só esclarecimentos à gestante, mas que fortalecessem seu protagonismo no parto.

A maioria das mulheres desconhece os riscos para si e para seus conceptos decorrentes do parto abdominal. Isso não acontece apenas entre as de baixa escolaridade e renda, mas em todos os níveis da sociedade. E uma boa parcela destas mulheres ainda são persuadidas por profissionais de saúde a realizarem cesarianas programadas que na maioria das vezes não têm indicação clínica real.

Potter et al (2008) afirmam que a maioria das gestantes são persuadidas por médicos obstetras a realizarem cesáreas programadas e na maioria das vezes sem indicação clínica. Para Tedesco et al (2004), a falta de orientação das gestantes sobre o assunto prejudica a escolha da via de parto e geralmente elas não participam da discussão acerca dessa escolha, sendo apenas informadas sobre a decisão médica final.

O desejo das mulheres quanto ao tipo de parto está relacionado ao conhecimento que elas têm sobre o assunto e como isso é transmitido no pré-natal, logo a troca de saberes neste período é fundamental, não somente para esclarecer as dúvidas da cliente, como também para fortalecer a relação profissional-cliente e reduzir a ansiedade destas mulheres no momento do parto (COSTA et al, 2014).

Educar é um processo de construção permanente, por isso, recomenda-se que as práticas educativas façam uso da metodologia participativa e linguagem clara e acessível. Para a obtenção de bons resultados é importante considerar o conhecimento e experiência dos participantes envolvidos sobre o tema proposto (BRASIL, 2013a) e o pré-natal é o momento ideal para as gestantes receberem orientações, pois permite a promoção da escuta ativa da gestante e de seus acompanhantes, considerando não apenas aspectos biológicos, mas, intelectuais,

emocionais, sociais e culturais (BRASIL, 2012). Desse modo, pretende-se orientar as gestantes sobre a melhor via de parto, contribuindo assim para a autonomia destas mulheres no processo de parturição.

5 RERENCIAL TEÓRICO

5.1 Parto Vaginal

A OMS (1996) define o parto normal como sendo de início espontâneo, de baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. No qual o bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas de gestação.

Ao longo dos anos este conceito foi transformado em sinônimo de sofrimento materno, devido a utilização de intervenções rotineiras e indiscriminadas que acabam por aumentar as complicações maternas e neonatais, como episiotomia, a suspensão da alimentação e ingestão de líquidos, a tricotomia, o uso de enema, a hidratação venosa, o repouso na cama hospitalar, a proibição da presença de um acompanhante, dentre outras ações. Por isso, existe uma diferenciação entre o parto normal (tradicional) e o parto natural. Este último é realizado sem intervenções ou procedimentos desnecessários durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, e com o atendimento centrado na mulher. Podendo ser chamado de "parto humanizado", devido todo o respeito e cuidado com que são tratados a mulher e o bebê neste período (SÃO PAULO, 2010).

O parto vaginal deve ser incentivado por oferecer diversos benefícios para mãe e bebê entre eles estão: rápida recuperação da mulher, facilitando o cuidado com o bebê após o parto; menos riscos de complicações, favorecendo o contato pele a pele imediato com o recém-nascido e o aleitamento; menor risco de complicações na próxima gravidez, tornando o próximo parto mais rápido e fácil; Para o bebê o trabalho de parto é um amadurecimento dos pulmões e do sistema de defesa natural do organismo, seus sistemas e órgãos são estimulados para a vida por meio das contrações uterinas e da passagem pela vagina (BRASIL, 2014). Além disso, ao passar pela cavidade pélvica da mãe sofre compressão torácica, o que ajuda a expelir a água que por porventura depositou nos pulmões, dessa forma facilita a respiração do bebê e diminui o risco de distúrbios respiratórios (BRASIL, 2012).

As mulheres devem saber que o melhor tipo de parto é aquele mais adequado às condições clínicas de sua gravidez. Visto que o parto normal ou vaginal reúne, em relação à cesárea, uma série de vantagens, o que o torna a forma ideal de se

parir, pois tem menor custo e propicia à mulher uma recuperação bem mais rápida, além de ser fisiológico (BRASIL, 2012).

Embora o parto seja um evento da própria fisiologia da mulher, a maioria têm seus filhos por meio de cirurgia cesariana (BRASIL, 2013b). As taxas de cesarianas em nosso país são alarmantes e contrariam o valor aceitável pela OMS. No ano de 2013 a taxa de cesariana aproximou-se de 57% enquanto a de parto vaginal atingiu 43%%, o Estado do Amazonas apresentou um percentual de 38% para parto cesariano e 62% parto vaginal, já a cidade de Manaus apresentou percentual de 50% para ambos os tipos (BRASIL, 2015).

Pensando em reduzir as taxas de mortalidade materno-fetal e de cesarianas indesejadas surgiu a Rede Cegonha que prioriza ações para mudança desse modelo, ao devolver o parto para a vivência íntima e pessoal de cada mulher, dentro de uma ambiência adequada para a boa evolução do nascimento do bebê, com a inclusão da presença de um acompanhante de livre escolha da mulher e a adoção de boas práticas de atenção centradas no bem-estar da mulher, da criança, do pai e da família (BRASIL, 2013b).

A Rede Cegonha foi lançada em 2011 pelo Governo Federal para proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida. Objetiva reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes. A proposta qualifica os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no planejamento familiar, na confirmação da gravidez, no pré-natal, no parto e no puerpério (BRASIL, 2011).

5.2 Parto Abdominal

A cirurgia cesariana ou parto abdominal é um procedimento cirúrgico efetuado sob anestesia, pelo qual o feto, placenta e membranas são removidos através de uma incisão na parede abdominal e no útero. Tal procedimento deve ser realizado somente após alcançada a viabilidade gestacional (i.e., 24 semanas de gestação em diante). A operação cesariana pode ser classificada em eletiva ou de emergência. Eletiva quando a decisão foi tomada ainda no pré-natal sem que a paciente entre em trabalho de parto. Emergência quando condições adversas se manifestam durante a

gravidez ou o trabalho de parto, havendo necessidade imediata de retirada do feto (FRASER e COOPER, 2010).

A cesariana é uma cirurgia de grande porte que quando utilizada adequadamente pode salvar a vida da mãe e do bebê, porém se empregada sem critérios clínicos pode oferecer também riscos à saúde da parturiente e de seu concepto (BRASIL, 2014).

Alguns dos riscos e desvantagens para a mãe relacionados à cesariana programada são: dor e dificuldade para andar e cuidar do bebê após a cirurgia, maior risco de complicações na próxima gravidez e aumento da possibilidade de problemas em futuras gestações; E para o bebê: maior risco de nascer prematuro, ficar na incubadora, ser afastado da mãe e demorar a ser amamentado e maior risco de desenvolver alergias e problemas respiratórios na idade adulta. Enquanto que seus possíveis benefícios são: conveniência, não passar pela dor do trabalho de parto e do parto, menos trauma no assoalho pélvico da gestante e diminuição do tempo de parto (BRASIL, 2012).

Haddad e Cecatti (2011) ao realizarem revisão bibliográfica das estratégias de redução das cesáreas desnecessárias, defendem que o parto só deve ser realizado por cesárea quando a evolução do mesmo colocar a mãe e ou o feto em risco iminente ou presumido de morte ou morbidade grave.

Poucas são as indicações absolutas de parto cesáreo (desproporção céfalo-pélvica e placenta prévia total e parcial), a maioria necessita de avaliação criteriosa, sendo consideradas indicações relativas (SOUZA, AMORIM e PORTO, 2010).

Segundo Brasil (2012, p.149) as indicações obstétricas de parto cesáreo são consideradas:

Absolutas: desproporção céfalo-pélvica, cicatriz uterina prévia corporal, situação fetal transversa, herpes genital ativo, prolapso de cordão, placenta previa oclusiva total, morte materna com feto vivo.

Relativas: feto não reativo em trabalho de parto, gestante HIV positivo (dependendo da carga viral), descolamento prematuro de placenta (dependendo do estágio do parto), apresentação pélvica, gravidez gemelar (depende da relação entre os fetos), cesárea prévia, macrossomia fetal, cérvix desfavorável à indução do parto, psicopatia.

Para Fraser e Cooper (2010) consideram como indicações absolutas para cesariana eletiva: desproporção céfalo-pélvica, grande grau de placenta prévia e

gravidez múltipla de alta ordem. As demais causas são consideradas possíveis e devem ser avaliadas criteriosamente a cada caso como: apresentação pélvica, pré-eclâmpsia moderada a grave, uma condição médica que justifique a exclusão do esforço materno, diabetes mellitus, restrição do crescimento intrauterino, hemorragia pré-parto, certas anormalidades fetais.

5.3 Importância da Educação em Saúde no Pré-natal

De acordo com Brasil (2012) o objetivo do acompanhamento do pré-natal é promover o desenvolvimento satisfatório da gravidez permitindo ao conceito um parto e nascimento saudáveis, livre de danos à sua saúde ou à saúde da mãe.

Durante a consulta de pré-natal é necessário transmitir à gestante confiança e apoio necessário para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e parto.

Para Souza et al (2011) a qualidade do pré-natal é garantida quando os profissionais de saúde realizam as atividades assistenciais individuais concomitantemente às ações educativas, sejam elas individuais ou grupais, a fim de que as gestantes conheçam seu corpo e compreendam as alterações que ocorrem durante a gravidez de forma consciente e positiva em todo o processo gestacional.

Educação em saúde é uma extensão do processo de cuidar, por isso todo enfermeiro deve assumir a postura de educador e o pré-natal é o ambiente adequado para a realização dessa prática.

As atividades de educação em saúde permitem a aproximação entre profissionais e receptores do cuidado, além de favorecerem a assistência humanizada (ZAMPIERI, 2001).

5.4 Boas Práticas Obstétricas Baseadas em Evidências Científicas

A OMS, 1996, expediu um documento com uma série de recomendações de práticas na atenção ao parto e nascimento que foram classificadas de acordo com o grau das evidências científicas que as justificam, a fim de orientar o que se deve e o que não deve ser realizado no processo do parto. Este documento identifica as

práticas mais comuns utilizadas durante o trabalho de parto e tenta estabelecer algumas normas de boas práticas para a sua conduta a fim de evitar complicações.

Algumas dessas práticas são classificadas como prejudiciais ou ineficazes, porém ainda são usadas como rotina em algumas maternidades, a exemplo, o uso da posição supina para parir que não favorece a descida do bebê. E muitas das consideradas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas ainda não foram institucionalizadas de forma plena no trabalho de parto como o uso do plano de parto feito pela parturiente, oferta de líquidos via oral, uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor entre outros.

6 PÚBLICO ALVO

Gestantes atendidas no pré-natal de risco habitual da UBS Maria Leonor Brilhante.

7 OBJETIVOS DO PROJETO

7.1 Objetivo Geral

Orientar a gestante durante o pré-natal quanto à melhor escolha da via de parto em uma gestação de risco habitual.

7.2 Objetivos Específicos

- Promover atividades de educação em saúde voltadas para a preparação do corpo da mulher para o momento do parto;
- Esclarecer vantagens do parto normal em relação à cirurgia cesariana;
- Evidenciar as boas práticas obstétricas.

8 METAS

- Incentivar o parto vaginal como melhor escolha da via de parto através de atividades de educação uma vez ao mês;
- Alcançar um número estimado de 140 mulheres até dezembro de 2015;
- Esclarecer sobre as boas práticas obstétricas orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto;
- Incentivar e resgatar o uso da nova caderneta da gestante quanto a leitura das informações sobre os benefícios, vantagens, desvantagens de um parto normal versus cesariana;
- Estimular as gestantes durante as atividades a trocarem suas experiências de partos anteriores;
- Desencorajar nascimentos agendados.

9 METODOLOGIA

Em primeiro lugar, foi levado à direção da unidade a proposta do projeto que após o aceite da instituição inicio-se o trabalho com as gestantes. As atividades ocorriam uma vez no mês, sendo que nos dois primeiros encontros, todas as mulheres que iniciavam o pré-natal pela manhã eram convidadas a participar das orientações de educação em saúde, antes mesmo da consulta propriamente dita, e ao final é que se iniciava o pré-natal de cada uma, porém, por conta disso as consultas acabavam terminando muito tarde o que prejudicava meu serviço na unidade. A partir do mês de maio as práticas passaram a ser agendadas na própria caderneta da gestante ao final da consulta de pré-natal para uma manhã em que não houvesse agendamento de pré-natal no horário de 8 às 10h e a partir daí pude contar com o apoio de acadêmicos dos cursos de graduação em educação física, medicina, e nutrição, que juntos formamos uma equipe para realizar educação em saúde, cada um dentro da sua área.

Durante as atividades foram abordados temas como: alimentação saudável e exercícios na gravidez; tipos de partos, vantagens do parto vaginal em relação ao parto abdominal para a mãe e o bebê, como identificar o início do trabalho de parto e posições que favorecem a saída do bebê durante o parto. Nos últimos 30 minutos das atividade foram desenvolvidos exercícios físicos de fortalecimento do soalho pélvico a fim preparar o corpo para o momento do parto. E ao final, as práticas eram encerradas com um lanche oferecido por alguns profissionais da unidade de saúde.

Os conteúdos trabalhados nos grupos foram pertinentes para qualquer idade gestacional.

Durante as orientações as grávidas eram estimuladas a participar das ações contribuindo com relatos de suas experiências anteriores e tirando suas dúvidas quando estas surgiram.

Foi usado como material de apoio a atual caderneta da gestante, lançada no final do ano de 2014, pois trata de todos os temas abordados anteriormente de forma clara e objetiva, além de abordar outros temas também relevantes. As gestantes foram orientadas a lerem em casa a caderneta e anotarem as dúvidas que surgissem para esclarecimento nas consultas vindouras.

Até o momento participaram da atividade de educação em saúde 113 gestantes.

11 ORÇAMENTO

O presente projeto pretende fazer uso dos recursos já existentes na unidade de saúde, o material de apoio são as cadernetas da gestante já fornecidas pelo Ministério da Saúde para uso no pré-natal. Os lanches são doações dos funcionários que trazem cada um, um tipo de fruta, biscoito ou suco.

12 RECURSOS HUMANOS

Estão envolvidos no projeto de forma efetiva duas enfermeiras do turno da manhã e um acadêmico em educação física, os outros acadêmicos participam quando têm disponibilidade.

13 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

Serão verificadas na consulta puerperal que tipo de parto desejava antes da atividade de educação em saúde, qual tipo de parto finalizou a gestação, o grau de satisfação da mãe quanto a experiência parturitiva, e se as informações recebidas foram benéficas ao desfecho da gravidez.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de saúde, 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvam.def>>. Acesso em 09 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Caderneta da gestante**. Brasília, 2 ed, p. 28. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde da Mulher. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.459/2011**, de 24 de junho de 2011. Brasília, 2011.

COSTA, Susanne Pinheiro et al. **Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante**. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 4, n. 1, p. 1-9, 2014.

DIAS, MAB; DESLANDES, SF. **Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência**. Cad. Saúde Pública. 2006;22(12):2.647-55.

DINIZ, Liliane PC. **Arquitetura e parto: as relações entre o ambiente hospitalar e a humanização do parto**. Proenf Saúde Materna e Neonatal. 2011; 3(1): 9-38.

FRASER, DM; COOPER, MA. **Assistência obstétrica: um guia prático**. Rio de Janeiro. Elsevier, 1ed. 2010.

HADDAD, Samira MT; CECATTI, José Guilherme. **Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil**. Rev Bras Ginecol Obstet, v. 33, n. 5, p. 252-62, 2011.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Humanização no contexto da formação em obstetrícia**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, p. 639-649, Sept. 2005.

LEGUIZAMON JUNIOR, Teodoro; STEFFANI, Jovani Antônio; BONAMIGO, Elcio Luiz. **Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras**. Rev. Bioét., Brasília , v. 21, n. 3, p. 509-517, Dec. 2013 .

OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de et al . **Tipo de parto: expectativas das mulheres**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 10, n. 5, p. 667-674, Oct. 2002.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra, 1996. Organização Mundial de Saúde.

POTTER, Joseph E. et al. **Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale**. Birth, v. 35, n. 1, p. 33-40, 2008.

REIS, Zilma Silveira Nogueira et al. **Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro , v. 36, n. 2, p. 65-71, Feb. 2014 .

SÃO PAULO (cidade). Conselho Regional de Enfermagem-SP. **Parto Natural**. Conselho Regional de Enfermagem-SP, 2010. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parto_natural.pdf>. Acesso em 25 out. 2015.

SOUZA, Viviane Barbosa; ROECKER, Simone; MARCON, Sonia Silva. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 13, n. 2, p. 199-210, 2011.

SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos; PORTO, Ana Maria Feitosa. **Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II**. Femina, v. 38, n. 9, p. 459-68, 2010.

TANAKA, ACA. **Maternidade: dilema entre nascimento e morte**. São Paulo (SP): Hucitec; 1995.

TEDESCO, Ricardo Porto et al. **Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto**. RBGO, v. 26, n. 10, p. 791-8, 2004.

VILLAR, José et al. **Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study**. Bmj, v. 335, n. 7628, p. 1025, 2007.

ZAMPIERI, M. F. M; BRUGGEMANN, O. M. A melodia da humanização: reflexão sobre o cuidado no processo de nascimento. In: O processo educativo: interpretando o som da humanização. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. p. 101- 7.