

CAMILA MARQUES PORCARO

**Elevado índice de solicitação de cesáreas pelas gestantes do pré-natal da Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória**

Rio de Janeiro 2023

Camila Marques Porcaro

**Elevado índice de solicitação de cesáreas pelas gestantes do pré-natal da Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: André Feijó Barroso

Rio de Janeiro 2023

*Este trabalho é dedicado às minhas gestantes do ambulatório de Obstetrícia da PNNSG. Que todas possam ter autonomia de escolha de suas vias de parto com consciência e conhecimento, participando ativamente de todo o processo do trabalho de parto como uma experiência inesquecível de amor e empoderamento, com muita saúde e felicidade.*

##### AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e à Espiritualidade por ter me encontrado e me realizado na Obstetrícia.

Às minhas pacientes pela confiança e carinho em um momento tão importante de suas vidas.

Ao meu tutor André, pela serenidade, paciência e carinho com que acompanhou nossa turma durante o ano.

À minha parceira de Obstetrícia na PNNSG, 1T (Md) Letícia Leão, que divide comigo o atendimento às gestantes e que terá papel importantíssimo na concretização deste projeto de intervenção.

Aos meus colegas de turma do C-SUP pelo compartilhamento de anseios e aprendizado no ano que ora finda.

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

*Michel Odent*

##### RESUMO

Nos anos de 2020 a 2023 observou-se um aumento importante dos índices de parto cesáreo eletivo, sem indicação médica, por solicitação das pacientes do ambulatório de pré-natal da Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória (PNNSG), onde se realiza a maioria dos atendimentos de gestantes do Sistema de Saúde da Marinha do Brasil (SSM) no Rio de Janeiro. Tais índices alcançam os alarmantes 90%, conforme revisão dos prontuários das puérperas atendidas na policlínica no intervalo acima referido, ao passo que a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) é a de que os partos cirúrgicos não ultrapassem 10 a 15%. A proposta deste projeto de intervenção é reduzir a elevada solicitação de partos cesáreos pelas pacientes atendidas no ambulatório de pré-natal da PNNSG através de medidas educativas de conscientização sobre os riscos materno-fetais dos partos cirúrgicos desnecessários.

Palavras-chave: parto cesáreo eletivo; pré-natal; PNNSG.

**SUMÁRIO**

[1. INTRODUÇÃO](#_Toc38589) 8-9

[2. REFERENCIAL TEÓRICO 9](#_Toc38590)

[2.1 A EPIDEMIA DE CESÁREAS](#_Toc38591) 9-10

[2.2 FATORES DETERMINANTES PARA A PREFERÊNCIA PELA CESÁREA](#_Toc38594) 10-11

[2.3 PARTO VAGINAL VS PARTO CESÁREO 1](#_Toc38595)1-12

[3. O PROJETO DE INTERVENÇÃO 12-13](#_Toc38596)

[3.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA 13-14](#_Toc38597)

[3.2 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES 14-18](#_Toc38598)

[3.3 GESTÃO DO PROJETO 19-20](#_Toc38599)

[4. CONSIDERAÇÕES FINAIS 20](#_Toc38600)

5. [REFERÊNCIAS 21-25](#_Toc38601)

## 1. INTRODUÇÃO

O atendimento pré-natal das gestantes do Sistema de Saúde da Marinha do Brasil (SSM) no Rio de Janeiro é realizado nos ambulatórios periféricos da Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória (PNNSG), Policlínica Naval de Campo Grande (PNCG), Policlínica Naval de Niterói (PNN), Policlínica Naval de São Pedro da Aldeia (PNSPA), Ambulatório Naval da Penha (ANP) e no Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD).

As gestantes de risco habitual são acompanhadas nos ambulatórios periféricos até a 34ª semana, quando são encaminhadas para o HNMD, ao passo que as gestantes de alto risco são diretamente encaminhadas ao HNMD assim que se identifica o risco materno ou fetal. Logo, o HNMD absorve todas as gestantes de alto risco e aquelas de risco habitual a partir da 34ª semana, acompanhando essas pacientes até o puerpério imediato e reencaminhando todas as pacientes para seus ambulatórios de origem para as consultas de revisão pós-parto, que ocorrem 30 dias após o parto.

A PNNSG é a responsável por cerca de 80% dos atendimentos de pré-natal devido à maior oferta de consultas, o que a leva a absorver também as pacientes dos outros ambulatórios periféricos, totalizando cerca de 300 atendimentos por mês. Logo, atende também a maioria das pacientes de revisão pós-parto, sendo as obstetras responsáveis eu, CC (Md) Camila Porcaro, com cerca de 200 atendimentos por mês, e a 1T (Md) Letícia Leão, que atende cerca de 100 pacientes por mês.

Há cerca de 3 anos o HNMD passou a dar às gestantes o direito de escolha da via de parto e, neste mesmo período, passou-se a observar nas consultas de revisão pós-parto da PNNSG um índice alarmante de pacientes submetidas a parto cesáreo por opção, muitas delas com data agendada, a pedido, alcançando praticamente 90% dos partos, indo na contramão da recomendação da Organização Mundial de Saúde, que recomenda que a taxa de cesáreas considerada ideal seria entre 10 a 15%, enfatizando ainda que, em vez de buscar atingir uma meta, as cesáreas deveriam ser realizadas somente em casos de real necessidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Considerando que a cesárea aumenta a morbimortalidade materna, aumentando o risco de infecções e hemorragias, complicações anestésicas, trombose de membros inferiores, dor no pós-operatório, maior tempo de recuperação no pós-parto e aumenta também os riscos para o bebê, como prematuridade iatrogênica (no caso da cesárea feita fora do trabalho de parto), taquipneia transitória do recém-nascido, desordens metabólicas e imunológicas futuras, além de postergar o desenvolvimento do vínculo materno-filial devido ao prejuízo da amamentação (dificultada pela dor do pós-operatório) há que se refletir seriamente sobre estratégias educativas que reduzam a solicitação de partos cesáreos a partir da informação e conscientização das pacientes sobre os riscos do parto cirúrgico desnecessário.

Tendo em vista o exposto, este projeto de intervenção, em preparo para ser realizado na PNNSG, visa tentar reduzir a solicitação de cesáreas em 10% em um ano (de 90% para 80%) e, a longo prazo, ambiciona alcançar a meta preconizada pela OMS em nosso microambiente.

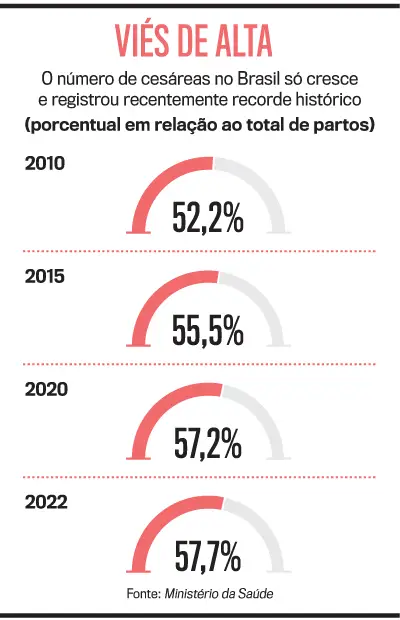
**2. REFERENCIAL TEÓRICO**

2.1 A EPIDEMIA DE CESÁREAS

Tabela

Descrição gerada automaticamenteAtualmente a opção pelo parto cesáreo tomou, segundo especialistas, a forma de “uma epidemia”. Os mais recentes dados do Ministério da Saúde revelam um recorde histórico de cesáreas no país: do total de partos em 2022, 57,7% foram partos cesáreos; quatro vezes o recomendado pela OMS (15%) – um rol no qual, de acordo com a organização, deveriam constar apenas pacientes que realmente necessitam da intervenção. O Brasil é o vice-campeão em partos cesáreos, perdendo apenas para a República Dominicana, que contabiliza 58% dos partos cesáreos.

À frente do estudo “Nascer no Brasil”, a pesquisadora da Fiocruz Maria do Carmo Leal observa a banalização das cesáreas. “Ao longo do tempo, as brasileiras deixaram de enxergar o recurso como uma cirurgia de médio porte para encará-lo como uma simples opção ao parto normal”, diz. Desde a década de 70, quando as cesarianas correspondiam a 15% dos partos no Brasil, a taxa cresce. Nos anos 2000, ela cruzou uma fronteira simbólica, chegando a mais da metade dos nascimentos no país.



2.2 FATORES DETERMINANTES PARA A PREFERÊNCIA PELA CESÁREA

O processo de parto é um período no qual a mulher e a família compartilham de diversas vivências e expectativas cristalizadas social e culturalmente e que podem reforçar medos e sentimentos negativos relativos ao parto. O medo de não suportar a dor, de morrer, de sofrer lacerações, assim como a sensação de não ser capaz de parir são angústias frequentes no momento do parto. A cesariana é tida por muitas mulheres como a melhor forma de nascimento. Elas argumentam a escolha por esta via de parto em virtude de acreditarem que a cirurgia é um meio, não só de evitar as dores do trabalho de parto, como também do parto em si. Além disso, a cesariana é vista como um procedimento rápido, controlado e mais seguro para o bebê, corroborando para que muitas mulheres considerem esta vivência como sendo positiva, uma vez que esta percepção envolve tanto os fatores emocionais como também as circunstâncias físicas (VELHO *et* al., 2012; MEDEIROS *et al.,* 2017; PAIVA *et* al., 2019).

Os motivos que levam as mulheres a optarem pela cesariana eletiva compreendem múltiplos fatores. Dentre eles está a busca por segurança, o medo da dor do parto normal, o medo do desconhecido, do trauma perineal, de incontinência urinária e prolapso genital, medo do bebê morrer durante o parto e/ou nascer com sequelas, a comodidade em agendar a cesariana, vivências traumáticas em partos anteriores e experiências negativas tanto de familiares e amigos. Além disso, a família também exerce grande influência no processo decisório. A falta de informação é um fator relevante neste processo, pois o não fornecimento de informações fidedignas gera insegurança e dificulta a compreensão acerca dos processos que envolvem todo o período gravídico puerperal e o parto.

O medo da dor costuma ser o sentimento determinante na escolha. Nos dias atuais a dor do parto está ligada à ideia de sofrimento, trazendo um sentido patológico ao processo de parir. Para muitas mulheres, a dor torna esta experiência traumática e elas buscam na cesárea um meio de evitar tal vivência negativa (NUNES *et al*., 2014; LEITE; SOUZA, 2019; CAMPOS *et al*., 2020).

2.3 PARTO VAGINAL VS PARTO CESÁREO

A realização imponderada da cesárea está associada a riscos imediatos e futuros relevantes, com risco de óbito materno duas vezes maior entre as mulheres que optam pela cesárea. Entre os riscos maternos imediatos podem-se citar o aumento do sangramento intraparto e da hemorragia pós-parto, a elevação dos riscos de infecção/sepse materna, quadros tromboembólicos e lesões de órgãos pélvicos. No que se refere aos riscos fetais imediatos, destacam-se a prematuridade iatrogênica, aumento das taxas de taquipneia transitória do recém-nascido, dificuldades do recém nato para manter a temperatura corporal e se alimentar, além de tendência à hiperbilirrubinemia, com desenvolvimento de icterícia e, em casos severos, danos cerebrais, assim como problemas de visão e audição.

A cesariana ainda pode causar complicações futuras, tais como redução da fertilidade devido ao processo cicatricial/aderencial, sangramento uterino anormal e dor pélvica crônica, além de maiores riscos de gravidez em cicatriz de cesariana, rotura uterina e acretismo placentário. Essas complicações obstétricas são responsáveis por quadros maternos hemorrágicos graves e potencialmente letais e associam-se a importante morbimortalidade materna. Entre os possíveis riscos futuros às crianças nascidas por parto cesáreo citam-se alterações no microbioma intestinal bem como maiores taxas de disfunções imunológicas e desordens metabólicas (como obesidade e asma) e cognitivas (como hiperatividade).

Cabe também ressaltar que o parto cesáreo pode afetar o vínculo materno-filial, já que por questões relacionadas à cirurgia a mãe fica relativamente separada do bebê, com menor contato pele a pele, há o risco de complicações anestésicas, a dor do pós-operatório e a recuperação mais lenta. Além disso, a amamentação fica prejudicada devido à questão da dor, do posicionamento e da dificuldade das mulheres que passaram por uma cesariana.

Em relação ao parto vaginal, normal e fisiológico, suas principais vantagens são favorecer o vínculo entre mãe e bebê, permitindo a interação pele a pele imediatamente após o nascimento, menor tempo de internação, menor tempo de recuperação no puerpério, dor reduzida pós-parto e menor chance de infecções. Além disso, reduz o risco de problemas respiratórios para o bebê (o tórax da criança é comprimido ao passar pelo canal vaginal, favorecendo a expulsão do líquido amniótico dos pulmões), diminui a chance de prematuridade iatrogênica, ajuda na formação da flora intestinal do bebê (pela contribuição da flora vaginal materna), reduz as chances de doenças alérgicas e autoimunes e fortalece o sistema imunológico da criança.

**3. O PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Diversos são os fatores que fazem com que as gestantes optem pelo parto cirúrgico. Dentre eles, o entendimento de parte das pacientes e de suas famílias de que o parto cesáreo seria mais seguro para a criança e menos arriscado para a mãe. É importante salientar que o desejo de muitas pacientes pelo parto cesáreo não se relaciona com a opção esclarecida por essa via de nascimento, mas sim com o medo de uma experiência negativa. Nesse sentido, torna-se necessário investir mais em informação e orientação sobre os benefícios do parto vaginal e os riscos inerentes ao parto cirúrgico desnecessário.

Diante deste cenário, há de se destacar a importância do pré-natal como o período estratégico para conscientizar e educar pacientes e acompanhantes sobre as indicações de cada parto, seus riscos e benefícios e o que esperar antes, durante e após o trabalho de parto.

Assim, este projeto de intervenção se baseia nessa tentativa de conscientização e educação coletiva das gestantes do ambulatório de pré-natal da PNNSG sobre dar uma chance ao parto fisiológico e ter conhecimento acerca dos tipos de parto, vantagens e desvantagens, a fim de que as mesmas possam ter autonomia e decidir com consciência, objetivando, assim, reduzir a enorme solicitação de partos cesáreos no HNMD.

O projeto será realizado no setor de Obstetrícia da PNNSG, onde atuo com a 1T (Md) Letícia Leão, e contará com o auxílio da equipe de enfermagem, psicologia e fisioterapia, equipe multidisciplinar que promoverá palestras e cursos educativos sobre a fisiologia do trabalho de parto e esclarecerá as gestantes e acompanhantes a respeito do trabalho de parto visando enfrentar a principal situação crítica: Desinformação. Desinformação esta que gera medo, expectativas, anseios e insegurança, o que acaba contribuindo para o alto índice de solicitação de cesáreas agendadas.

3.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO – PROBLEMA

Nos últimos três anos (2020-2023), nas consultas de revisão pós-parto da PNNSG passou-se a observar um aumento alarmante das pacientes submetidas a parto cesáreo no HNMD por solicitação, sem indicação médica. Muitas com data de parto cirúrgico agendada para 39 semanas e algumas por solicitação durante o trabalho de parto ativo, algumas até no período expulsivo e até mesmo multíparas, desencorajadas a prosseguir devido à dor.

Diante deste cenário desconfortante, consultando os prontuários informatizados das puérperas atendidas na PNNSG nos últimos três anos, foi constatado que apenas 10% deram à luz por via vaginal e muitas delas porque já chegaram ao HNMD em estágio avançado de trabalho de parto. Pouquíssimas foram as pacientes que realmente desejavam e persistiram no parto vaginal, sendo estas aquelas que desde o início da gestação já procuravam se informar sobre o trabalho de parto e os benefícios do parto fisiológico, contando com o apoio e informação também de seus acompanhantes e participando ativamente das consultas de pré-natal.

Pode-se apontar como causa crítica para o índice alarmante de partos cesáreos, não apenas no âmbito da PNNSG/HNMD, mas em todo o país, a desinformação, tanto das pacientes quanto de seus acompanhantes e, a fim de se combater a cultura cesarista vigente, torna-se vital que ações sejam iniciadas ainda no pré-natal, permitindo que as mulheres tenham papel ativo e decisões informadas mais adequadas sobre o parto.

Não temos no Brasil muita tradição em espaços educativos, cursos para gestantes debatendo as questões relacionadas aos tipos de parto, às melhores opções, etc. Todas essas opções poderiam fortalecer a escolha da mulher pelo parto vaginal e diminuir um pouco o peso da cultura de cesariana que aqui temos.

Quando tentamos conhecer o que as mulheres sabem sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor, sobre possibilidades de cuidado existentes durante o trabalho de parto, vemos que elas não conhecem e não têm acesso a essas informações. É preciso estar atento, durante o pré-natal, de que maneira vamos construir o caminho para que a experiência do parto seja positiva. Essa é uma questão importante.

A autonomia da mulher é importante e deve ser respeitada, mas deve estar ligada a um consentimento informado, onde se deve informar os riscos tanto imediatos quanto a médio e longo prazo.

Faz-se necessário compartilhar com as gestantes e os acompanhantes informações sobre a fisiologia do parto, métodos não farmacológicos para alívio da dor, vantagens, desvantagens e riscos dos tipos de parto, bem como socializar experiências exitosas sobre o parto normal.

3.2 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

A estratégia inicial deve passar por ações no pré-natal, com a formação de grupos de gestantes que discutam sobre os tipos de parto, fisiologia e etapas do parto vaginal, medos, anseios e expectativas; com o incentivo à presença de acompanhante durante o pré-natal, para que receba informações e auxilie a gestante, transmitindo-lhe segurança; com o estímulo à visita da gestante e acompanhante ao centro obstétrico do HNMD, para que ambos se sintam mais seguros no momento do parto e, principalmente, com orientações sobre métodos não farmacológicos de controle da dor. Todas essas ações são importantes na tentativa de conscientização sobre se evitar o parto cesáreo como primeira opção.

Na PNNSG, em virtude do grande volume de pacientes, as consultas se restringem a 20 minutos, tanto para as consultas de primeira vez quanto para os retornos, com 15 atendimentos por agenda. As pacientes em sua maioria moram na zona oeste da cidade e Baixada Fluminense e, por motivos de mobilidade urbana, muitas chegam com atrasos superiores a até mais de uma hora às consultas, o que torna bastante complicado o tempo disponível para, numa consulta de primeira vez por exemplo, colher uma anamnese completa, realizar exame físico e ginecológico, solicitar os exames laboratoriais e de imagem necessários, avaliar queixas, dar orientações e responder às dúvidas do casal, que dirá iniciar a conscientização sobre os tipos de parto, vantagens e desvantagens de cada um. Assim, a primeira ação tem sido tentar aumentar o tempo de cada consulta de primeira vez sem que isso traga prejuízo ao serviço, ou seja, sem reduzir a quantidade de consultas disponíveis por agenda. Desta forma, estamos estudando a possibilidade de aumentar, nem que seja em 10 minutos, o tempo disponível para cada consulta de primeira vez a fim de que estas pacientes tenham a possibilidade de falar sobre seus anseios, medos, expectativas e possamos conversar um pouco sobre o parto e acolher melhor o casal.

Outra ação importantíssima tem sido a elaboração de um curso de preparação psicofísica para o parto, cujo objetivo principal será preparar a gestante para que ela participe ativamente de seu parto, sentindo-se segura, confortável e esclarecida quanto ao que acontece com ela e seu bebê durante o trabalho de parto. Os grupos serão formados com um máximo de 15 alunas, possibilitando o diálogo e favorecendo a narrativa de preocupações, temores, tabus e facilitando o descondicionamento de fatores negativos que interfiram no parto, substituindo-os por fatores positivos. O curso será ministrado por equipe multidisciplinar, incluindo fisioterapeuta, obstetra, psicóloga e enfermeira e incluirá quatro aulas, sendo uma aula por semana, com duração de duas horas aproximadamente. O horário a ser escolhido deve atender à maioria das gestantes e possibilitar a presença de seus acompanhantes. As aulas teóricas serão expositivas e será usada a discussão em grupo sempre que possível, com questões apresentadas pelas próprias gestantes ou palestrantes. As aulas práticas devem ter demonstração e treinamento de técnicas de respiração e demonstração das técnicas de parto, possibilidade de posições e exercícios para serem feitos durante o trabalho de parto. A tentativa será de desmistificar o que a mulher ouve falar sobre o parto como algo aterrorizante, seja de familiares, amigos ou até dos meios de comunicação, que atribuem sofrimentos fantásticos ao parto, favorecendo um condicionamento negativo que pode determinar, na parturiente, uma atitude de fuga no momento da parturição, ou seja, ela acaba enfrentando o trabalho de parto contra sua vontade e revoltada. Vamos tentar analisar a corrente negativa que leva a parturiente ao sofrimento do parto e indicar uma forma de interrompê-la e tentar formar outra positiva, que conduza à satisfação de dar à luz, evidenciando as alegrias da maternidade. Vamos tentar explicar que o desconhecimento de como se processam a gravidez e o parto deixam a mãe insegura e descontrolada emocionalmente, mas que o conhecimento dos fenômenos normais da gravidez e do parto, principalmente da fisiologia das contrações e da técnica de parir a farão se sentir segura e confortável. Mostraremos que é natural a parturiente sentir-se só e abandonada no momento do parto, já que não pode transferir a terceiros a responsabilidade de fazer seu filho nascer, mas que, quando assume com amor esta tarefa importante e conhece os médicos e o hospital onde vai dar à luz, poderá sentir-se segura e participante de uma equipe. Vamos explicar que o medo é consequência da insegurança, do desconhecimento e da solidão, logo, quando a parturiente acompanhar seu trabalho de parto usando as técnicas ensinadas no curso, se sentirá mais confiante e sem medo. Também buscaremos evidenciar que o medo gera tensão muscular que, por sua vez, contrai o colo uterino, tendo impacto na dilatação e causando dores. Para que isso seja evitado, a parturiente deverá fazer o relaxamento muscular que aprenderá no curso e treinará durante a gravidez. Também falaremos, principalmente, sobre os métodos de analgesia disponíveis, tanto farmacológicos quanto não farmacológicos. E, finalmente, ensinaremos que a tensão provoca dores físicas e psicológicas e que a dor, aumentada pelo medo, aumenta a tensão, produzindo mais dor e estabelecendo um círculo vicioso que leva a parturiente ao descontrole emocional e à distocia funcional e que, quando a mulher está preparada física e psiquicamente para o parto, não se estabelece esta corrente negativa e ela achará a experiência agradável, guardando uma lembrança feliz.

Além do curso, estamos preparando uma visita trimestral com um grupo de cerca de 10 gestantes e acompanhantes ao centro obstétrico do HNMD para que já se familiarizem com o ambiente onde darão à luz, no intuito de reduzir anseios e expectativas. As pacientes interessadas estão fornecendo seus contatos e será programado um dia, de acordo com a disponibilidade da Obstetrícia do HNMD para que visitemos as instalações do centro obstétrico e as enfermarias de puérperas.

Também está em andamento a preparação de palestras que devem ocorrer trimestralmente, com equipe multidisciplinar, focando nos partos tanto vaginal quanto cesáreo e nos riscos de uma cesárea desnecessária, com espaço para pacientes e acompanhantes tirarem suas dúvidas.

Como última ação, será disponibilizado material áudio visual na forma de vídeos na sala de espera das consultas de pré-natal a fim de promover os benefícios do parto vaginal, com entrevistas a pediatras, obstetras e puérperas falando sobre suas experiências durante o trabalho de parto e puerpério imediato.

**Quadro 1: Descrição e análise do problema**

|  |  |
| --- | --- |
| **Situação-problema:** | Elevado índice de solicitação de cesáreas pelas gestantes do pré-natal da PNNSG |
| **Descritor:** | 90% das pacientes do pré-natal da PNNSG foram submetidas a parto cesáreo no HNMD por solicitação entre 2020-2023 |
| **Indicador:** | Porcentagem das pacientes do pré-natal da PNNSG que foram submetidas a parto cesáreo no HNMD por solicitação entre 2020-2023 |
| **Meta:** | Reduzir o percentual de cesáreas solicitadas em 10% em um ano |
| **Resultado esperado:** | Reduzir a longo prazo (em cerca de 10 anos) o percentual de cesáreas solicitadas para cerca de 50% |

**Quadro 2: Matriz de Programação de Ações**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Causa crítica: Falta de informação das pacientes** | | | | |
| **Ações** | **Recursos necessários** | **Produtos a serem alcançados** | **Prazo de conclusão** | **Responsável** |
| Aumentar o tempo de consulta de 20 minutos para 30 minutos | Organizativo | Tempo de consulta aumentado | Janeiro 2024 | CC(Md) Camila Porcaro  1T(Md) Letícia |
| Organizar curso de preparação psicofísica para o parto | Cognitivo e organizativo | Curso de preparação psicofísica organizado | Janeiro 2024 | CC(Md) Camila Porcaro  1T(Md) Letícia |
| Programar visitas trimestrais das gestantes ao CO do HNMD | Cognitivo e organizativo | Visitas trimestrais programadas | Janeiro 2024 | CC(Md) Camila Porcaro  1T(Md) Letícia |
| Organizar palestras trimestrais com equipe multidisciplinar sobre as vantagens do parto vaginal e os riscos da cesárea eletiva | Cognitivo e organizativo | Palestras organizadas, equipe multidisciplinar formada | Janeiro 2024 | CC(Md) Camila Porcaro  1T(Md) Letícia |
| Disponibilizar material áudio-visual na sala de espera das consultas de pré-natal sobre os benefícios do parto vaginal | Cognitivo e organizativo | Material áudio-visual disponibilizado | Janeiro 2024 | CC(Md) Camila Porcaro  1T(Md) Letícia |

3.3 GESTÃO DO PROJETO

O gerenciamento para realização das ações na matriz foi realizado em reuniões com a colega obstetra 1T (Md) Letícia, a CB (Enf-RM2) Ágatha, que tem graduação em fisioterapia e é especializada em fisioterapia pélvica, e com colegas da pediatria, psicologia e enfermagem que se prontificaram a participar do curso de preparação psicofísica para gestantes e das palestras trimestrais. A previsão é que todo o material para o curso e palestras esteja preparado até janeiro de 2024, para então darmos início às atividades.

As obstetras, CC(Md) Camila Porcaro e 1T (Md) Letícia Leão serão as gestoras deste projeto de intervenção e o acompanhamento da execução das ações ocorrerá mensalmente, com a observação das gestantes inscritas no curso psicofísico e nas palestras, além das visitas ao centro obstétrico do HNMD.

O projeto teria previsão de iniciar em novembro de 2023, contudo, devido às constantes fainas atribuídas à 1T (Md) Letícia, com destaques e palestras relativas ao Outubro Rosa, assim como solicitações de sua presença no Serviço de Medicina Integrada (SMI), que inclusive acabou fechando uma agenda de pré-natal da militar, tivemos que adiar a conclusão do material necessário.

O aumento no tempo de cada consulta de pré-natal está sendo pleiteado junto ao Departamento Médico e à Direção da PNNSG. A partir de 2024, com o aval da Direção da PNNSG, vamos aumentar o tempo das consultas de primeira vez de 20 para 30 minutos, objetivando, além da parte médica necessária, ter mais tempo para acolher as gestantes e acompanhantes e sanar dúvidas sobre o trabalho de parto, buscando, desde o início, o preparo psicológico das pacientes para um momento tão temido quanto o do trabalho de parto.

A organização do curso de preparo psicofísico já está em andamento, com planejamento do cronograma dos temas abordados e profissionais que estarão envolvidos, como fisioterapeutas pélvicos e psicólogos, além dos obstetras que já acompanham o pré-natal e será realizado no auditório da PNNSG.

As visitas ao CO e enfermarias de gestantes e puérperas do HNMD também estão em fase final de conclusão, dependendo apenas da disponibilidade dos dias e horários planejados no HNMD.

As palestras trimestrais também serão realizadas no auditório da PNNSG fazendo uso de material visual (Power Point), com a participação de fisioterapeutas, psicólogos e obstetras e já estão praticamente concluídas.

Com relação aos vídeos para serem projetados nas salas de espera, estamos em contato com a equipe que fará as entrevistas e montará os vídeos, entrevistando puérperas e profissionais da Obstetrícia do HNMD.

**4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os motivos que levam as gestantes a optarem pelo parto cesáreo englobam diversos aspectos, sendo possível observar que a escolha se justifica, do ponto de vista das pacientes, pela busca de um procedimento seguro onde, além de evitar a dor do trabalho de parto, ainda haja a comodidade de agendá-lo, o que é bastante cômodo principalmente no ambiente militar, onde os parceiros estão em viagens frequentes ou o casal se encontra fora do Estado de origem, sem o suporte familiar. No entanto, apesar do comodismo do agendamento, há que se considerar que o melhor, nestes casos, além de tudo o que já foi exposto no presente trabalho, seria, novamente, o parto vaginal, visto que a recuperação seria praticamente imediata e a paciente poderia cuidar de si e de seu bebê com mais autonomia, ao passo que, ao optar pela cesárea, com o parceiro em constantes viagens e a paciente estando longe do suporte familiar, torna-se bastante complicado cuidar de um bebê e se recuperar de uma cirurgia.

De todo modo, o conhecimento é crucial para que a mulher obtenha autonomia em optar pela via de parto que julgar ser a mais adequada desde que tenha pleno conhecimento dos riscos aos quais se submete e do que perde em experiência ao passar por um procedimento cirúrgico desnecessário.

## 5. REFERÊNCIAS

Almeida NAM, Medeiros M, Souza MR. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. Texto Contexto Enferm [online]. 2012 Out-Dez [acesso 2014 Ago 8]; 21(4):819-27 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/12.pdf .  
[» http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/12.pdf)

Antoine C, Young BK. Ceasarean section one hundred Years 1920-2020: The Good, the Bad and the Ugly. J Perinat Med. 2020; 49(1): 5-16. doi: 10.1515/jpm-2020-0305

ARIK, R. M.; PARADA, C. M. G. L; TONETE, V. L. P.; SLEUTJES, F.C.M. Percepções e expectativas de gestantes sobre o tipo de parto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 41-54, 2019.

Blake JA, Gardner M, Najman J, Scott JG. The association of birth by caesarean section and cognitive outcomes in Offspring: a systematic review. Soc Psychiatry

Braga A, Sun SY, Zaconeta AC, Trapani Junior A, Luz AG, Osanan G, et al. Aumento de cesáreas no Brasil – um apelo à reflexão. Femina. 2023; 51 (3): 134-8

BRASIL. Ministério da saúde. Comissão Nacional de incorporação de tecnologias no SUS. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana.** Brasília; 2016. 105 pág.

CARVALHO, S. S.; CERQUEIRA, R. F. N. Influência do pré-natal na escolha do tipo de parto: revisão de literatura. **Revista de Atenção à Saúde,** v. 18, n. 63, p. 120-128, 2020.

CERQUEIRA, S; FIRPO M. Com hora certa: o que explica o recorde histórico de cesarianas no Brasil. **Revista Veja**. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/comportamento/com-hora-certa-o-que-explica-o-recorde-historico-de-cesarianas-no-brasil/> Acesso em 29 out 2023

DOMINGUES, R.M.S.D.; DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; TORRES, J. A.; D´ORSI, E.; PEREIRA, A. P. E.; SCHILITHZ, A. O. C.; LEAL, M.C. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 30, sup. 1, p. 101-116, 2014.

Faisal-Cury A, Menezes PR. Fatores associados à preferência por cesariana. Rev Saúde Pública. 2006 Abr; 40(2):226-32.

Ferrari J. A autonomia da gestante e o direito pela cesariana a pedido. Rev Bioética. 2009; 17(3):473-95.

KOTTWITZ, F.; GOUVEIA, H.G.; GONÇALVES, A. C. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 1, p. 1-8, 2017.

Leão MRC, Riesco MLG, Schneck CA, Angelo M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. Ciênc. Saúde Coletiva. 2013 Ago; 18(8): 2395-400

Leguizamon JT, Steffani JA, Bonamigo EL. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. Rev Bioét[Internet]. 2013[cited 2016 Jun 19];21(3):509-17. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300015>

MEDEIROS, R. M. K.; DAVI, L. A.; CARDOSO, S. R. M.; MAIER, S. R. O.; GIMENES, L. C. V.; SUDRÉ, G. A. Aspectos relacionados à preferência da gestante pela via de parto. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde,** v. 1, n. 3, p. 603-621, 2017.

MORAIS, R. F.; LEITE, K. N. S.; SILVA, S. C. R.; LIMA, T. N. F. A.; MEDEIROS, A.M; SANTOS, L. M. A. Expectativa das gestantes em relação ao parto normal e a cirurgia cesariana. **Temas em saúde,** v. 18, n. 1, p. 414-427, 2018.

Pereira RR, Franco SC, Baldin N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. Saúde Soc. 2011 Jul-Set; 20(3):579-89.

Pires D, Fertonani HP, Conill EM, Matos TA, Cordova FP, Mazur CS. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2010 Abr-Jun; 10(2):191-7.

Potter JE, Berquó E, Formiga MCC. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. Br Med J. 2001 Nov; 323(7322):1155-8.

Reis ZS, Lage EM, Aguiar RA, Gaspar JS, Vitral GL, Machado EG. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2014 [cited 2017 Feb 27]; 36 (2):65-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00065.pdf>

Rowlands G, Protheroe J, Richardson M, Seed PT, Rudd R. A mismatch between population health literacy and the complexity of health information: an observational study. Br J Gen Pract. 2015: 65 (635): e379-86. doi 10.3399/bjgp15X685285

Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, Gibbons D, Kelly NM, Kennedy HP, Kidanto H, Taylor P, Temmerman M. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. Lancet 2018; 392 (10155): 1349-1357

Sarmento R, Setúbal MSV. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspetos emocionais da gravidez, parto e puerpério. Rev Ciênc Méd. 2003 Jul-Set; 12(3):261-8

Silva GPS, Jesus MCP, Merighi MAB, Domingos SRF, Oliveira DM. The experience of women regarding caesarean section from the perspective of social phenomenology. O Braz J Nurs [Internet]. 2014 [cited 2016 May 28]; 13 (1): 5-14. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4214>

Soalheiro LC. Fatores associados à preferência por cesariana em uma amostra representativa de primíparas na Região Sul do Brasil [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Osvaldo Cruz-FIOCRUZ; 2012.

VALOIS, R.C.; LIMA, H.N. DE F.; PAIVA, V. C. V.; SARGES, R. F. DE; SILVA, A. G. DE S. DA; SOARES, T. DE N.; VALOIS, R. D. C. ; NASCIMENTO, M. H. M. Conhecimento dos riscos do parto cesáreo entre gestantes atendidas no pré-natal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde,** v. 32, n. 32, p. 1-9, 2019.

VELHO, MB; SANTOS, E.K.A.; BRUGGEMANN, O.M.; CAMARGO, B.V. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção das mulheres. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 458-466, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Switzerland). **WHO Statement on Caesarean Section Rates:** Every effort should be made to provide caesarean sections to women in need, Rather than striving to achieve a specific rate. Genebra, 2015. 8p.

Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO, Regis MI, Brasil C. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. Texto Contexto Enferm. 2010 Out-Dez; 19 (4): 719-27.

Zhang T, Sidorchuk A, Sevilla-Cermeño L, Vilaplana-Pérez A, Chang Z, Larsson H, Mataix-Cols D, Fernández de la Cruz L. Association of Caesarean Delivery with Risk of Neurodevelopmental and Psychiatric Disorders in the Offspring: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open 2019; 2(8): e1910236