



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA –CDEAD/FIOCRUZ

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

GISELLE DE LIMA NOVAES

Rio de Janeiro

2019

Giselle de Lima Novaes

AÇÕES DE INCENTIVO AO PARTO VAGINAL NO HNMD: REPERCUSSÕES
POSITIVAS PARA O BINÔMIO MÃE - RECÉM NASCIDO.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado á
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
– EAD/ENSP FIOCRUZ como requisito parcial
no Curso de Especialização de Gestão em Saúde.
Orientadora: Márcia Cristina Cid Araújo

Rio de Janeiro

2019

Giselle de Lima Novaes

AÇÕES DE INCENTIVO AO PARTO VAGINAL NO HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS: REPERCUSSÕES POSITIVAS PARA O BINÔMIO MÃE - RECÉM NASCIDO.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca– EAD/ENSP
FIOCRUZ como requisito parcial no Curso de
Especialização Gestão em Saúde.

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Nome, Instituição

Nome, Instituição

Nome, Instituição

AGRADECIMENTOS

À Deus primeiramente, que sempre guiou meus passos e iluminou meu caminho me permitindo alcançar este objetivo.

À minha família, em especial meu pai Maurício e minha mãe Elza, que desde cedo me ensinaram os valores reais da vida, abriram mão de muita coisa e me apoiaram durante toda a vida escolar, faculdade de Medicina e me incentivaram a adentrar à carreira militar, tornando este sonho possível.

Aos meus filhos Beatriz e Felipe que me ensinaram a ver a vida e os pacientes com outros olhos, que me ensinaram o poder do amor.

À CMG (Md) Valéria Matheus e CF (Md) Stella Beatriz, que como chefes de Clínica me permitiram atuar neste projeto e muito me ensinaram na carreira militar.

À minha tutora Márcia Cristina Cid Araújo sempre disposta a tirar dúvidas e compartilhar seus conhecimentos.

Aos meus colegas do CSUP 2019 que me acolheram calorosamente, mesmo eu estando inicialmente escalada para a turma do ano seguinte.

O meu muito obrigado a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha trajetória até aqui, e aos que ainda farão parte desta história!

Dedico este trabalho à minha família, em especial meu pai Maurício e minha mãe Elza que sempre foram meu suporte e me proporcionaram todos os meios para chegar até aqui. Dedico a Deus sem o qual nada nesta vida é possível. Aos meus filhos Beatriz e Felipe que são a razão do meu viver. A CMG (Md) Valéria Matheus e CF (Md) Stella Beatriz que me apoiaram no dia a dia e incentivaram a realização deste projeto.

RESUMO

Este trabalho aborda o baixo incentivo ao Parto vaginal no Brasil, especificamente no Hospital Naval Marcílio Dias e conseqüentemente à uma elevada taxa de cesarianas. Foi usado como parâmetro inicial a taxa de cesáreas do Hospital Naval Marcilio Dias no ano de 2018 (de acordo com dados informados à Diretoria de Saúde da Marinha, esta taxa tem valor aproximado de 80 a 85%), e a partir de então comparado à taxa de cesarianas de 2019, sendo anotados os valores mensais de parto de 2019, de janeiro à outubro, sendo separados entre vaginais e cesáreos. O presente trabalho consiste em uma pesquisa de intervenção desenvolvida por meio de um estudo das taxas de parto cesáreos e vaginais no HNMD de maneira qualitativa e sua comparação com dados de literatura, que apoiam as boas práticas em Obstetrícia, cujo produto é um projeto de intervenção. Foi adotada no ano de 2019 apenas uma das medidas de ação propostas neste trabalho, devido à facilidade de sua implantação. A medida adotada foi a implantação de palestras semanais com as gestantes de primeira vez no HNMD, ministradas por enfermeira com participação de médico Obstetra. Com esta única medida já podemos evidenciar um aumento na taxa de partos vaginais em 2019, mais acentuadamente até o mês de junho do corrente ano, que chegou a atingir 45%. A taxa manteve-se mais alta até a conclusão deste trabalho em outubro de 2019, mantendo-se em torno de 30%. Medidas estão sendo tomadas para aprovação das outras medidas de ação. O objetivo geral é introduzir medidas para aumentar o incentivo ao Parto vaginal e conseqüentemente redução das cesáreas desnecessárias.

Palavras chave: Parto vaginal; incentivo; cesarianas.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Ações para Causas Críticas 1	25
Tabela 2- Ações para Causas Críticas 2	26

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Partos vaginais e cesarianas no HNMD de janeiro a novembro de 2019.....27
- Figura 2 - Partos vaginais e cesarianas no HNMD de janeiro a junho de 2019.....28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

CFM – Conselho Federal de Medicina

CO – Centro Obstétrico

DSM – Diretoria de Saúde da Marinha

FEBRASGO - Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

HNMD – Hospital Naval Marcílio Dias

MB – Marinha do Brasil

OMS- Organização Mundial de Saúde

Sinasc – Sistema de informações sobre nascidos vivos

SMFM - Society for Maternal-Fetal

Unicef - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo Geral	12
2.2 Objetivos Específicos	12
3 JUSTIFICATIVA	13
4 METODOLOGIA	14
5 REFERENCIAL TEÓRICO	15
6 O PROJETO DE INTERVENÇÃO	20
6.1 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	20
6.2 EXPLICAÇÃO OU ANÁLISE DO PROBLEMA.....	21
6.2.1 CAUSAS PRIORITÁRIAS DO PROBLEMA NO HNMD	23
6.3 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES.....	24
6.4 PROBLEMA A SER ENFRENTADO	25
6.5 GESTÃO DO PROJETO.....	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

1 INTRODUÇÃO

Os partos hoje em dia estão bem diferentes de como eram realizados antigamente. Tradicionalmente, os partos e seus cuidados eram realizados por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras, comadres ou mesmo de parteiras-leigas. Estas detinham um saber empírico e assistiam em seu próprio domicílio as mulheres durante a gestação, parto e puerpério (como também nos cuidados com o recém-nascido). Estas mulheres eram de inteira confiança da população da época e eram consultadas sobre qualquer assunto relacionado à saúde da mulher, como cuidados com o corpo, doenças venéreas, praticavam o aborto ou mesmo colaboravam com o infanticídio. Na sua maioria, eram mulatas ou brancas e portuguesas e pertenciam aos setores populares (BRENES,1991).

A medicina, enquanto instituição, incorporou esta prática como uma das suas atribuições, intitulado-a Arte Obstétrica e denominou de parteiro ou médico-parteiro os profissionais por ela formados (TOSI,1988). Historicamente, este processo se deu primeiro na Europa (nos séculos XVII e XVIII) se estendendo ao Brasil, ao se inaugurar as escolas de medicina e cirurgia na Bahia e Rio de Janeiro, em 1808.

Em todas as teses defendidas pela obstetrícia nas escolas de medicina, salvar a vida da mulher era o objetivo fundamental. Mesmo antes de dominar técnicas como o fórceps e a cesariana com sucesso para a mulher e a criança durante o parto, a obstetrícia proclama a sua exclusividade como única especialidade a realizar os partos desde 1840 (GABBE, NIEBYL, SIMPSON, 4ª edição). Também a partir deste período, percebe-se o deslocamento do seu olhar para questões tais como sexualidade, higiene e moral feminina (BRENES,1991).

Segundo relato de Sousa (2019), no século XX, os partos passaram por uma nova revolução quando as técnicas da cesariana avançaram de modo significativo. A aplicação de anestésias, os novos procedimentos de esterilização e o emprego da incisão baixa possibilitaram que partos antes considerados fatais fossem executados com grande êxito.

Do ponto de vista cultural, vemos que a popularização da cesariana nos últimos quarenta anos marginalizou o parto vaginal, que em teoria seria mais seguro e saudável para o binômio mãe e recém-nascido, considerado até mesmo o mais fisiológico (WILLIAMS, 2016).

O medo de sentir dor, não resistir ao trabalho de parto, ou de ter algum efeito adverso relacionado ao parto vaginal, fez com que diversas mulheres e médicos transformassem esse processo natural em um simples procedimento técnico, com data e hora marcados. Nos últimos anos, pesquisas indicam que a opção pelo parto normal reduz o risco de uma série de

complicações e produz um impacto psicológico positivo na mãe e na criança (WILLIAMS,2016).

Com isso, podemos ver que o processo de modernização dos procedimentos médicos não implica necessariamente no controle intenso dos processos fisiológicos naturais que envolvem tal situação. Não por acaso, vemos que diversos programas de saúde pública hoje incentivam a participação das tradicionais parteiras ou doulas que, durante séculos, tiveram um papel fundamental para que várias vidas ganhassem o mundo (ANS, 2017).

O alto índice de cesariana é um fenômeno mundial passando de 6% em 1980 para 18,6% em 2016, segundo o World Health Organization (WHO, 2015) em todo o mundo, tornando-se uma epidemia mundial. Devido a essa epidemia a Organização Mundial de Saúde vem adotando uma série de medidas de política de humanização do parto e atenção a gestante para reduzir as taxas de cesariana mundialmente.

O Brasil ocupa o segundo lugar no mundo em número de cesarianas, atrás apenas da República Dominicana segundo dados da OMS. Enquanto que esta mesma organização estabelece em até 15% a proporção recomendada, no Brasil esse percentual chega a 57% (OMS, 1996).

Considerando que o Parto vaginal, quando possível traz benefícios para mãe e recém-nascido, este trabalho busca aumentar ações de incentivo ao parto vaginal, diminuindo a realização de cesarianas sem indicação absoluta, no Setor de Obstetrícia do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD) que vem apresentado altos índices de cesárianas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Contribuir na redução dos índices de cesariana na Clínica de Obstetrícia do HNMD.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Implementar ações de incentivo ao parto vaginal no HNMD;
- b) Qualificar obstetras para realizar cesarianas apenas quando houver indicação absoluta.

3 JUSTIFICATIVA

Nos últimos anos no Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD) a taxa de cesarianas oscilava entre 80 a 85 %, considerada extremamente alta, mesmo para hospitais da rede privada. As pacientes gestantes de baixo risco da Marinha, iniciam o Pré Natal nos ambulatórios navais periféricos, fazendo consultas até 35 semanas, quando são então encaminhadas para terminar o acompanhamento no Hospital Naval Marcílio Dias e já receberem as orientações para o parto. Se não ocorrer orientação e preparo destas pacientes desde o Pré Natal para que seja tentado o parto vaginal, elas já chegam ao Hospital Marcílio Dias com a ideia de Parto Cesáreo.

O Hospital Naval Marcílio Dias é responsável desde o início pelo Pré Natal das gestantes de Alto Risco materno ou fetal e das militares e esposas de militares de bordo. Essas situações de Alto Risco acabam contribuindo para a condução do parto para a cesariana, mas não necessariamente deveriam ser desta forma.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma pesquisa de intervenção desenvolvida por meio de um estudo das taxas de parto cesáreos e vaginais no HNMD de maneira qualitativa e sua comparação com dados de literatura, que apoiam as boas práticas em Obstetrícia, cujo produto é um projeto de intervenção.

Conforme Godoy (1995, p.21), a abordagem qualitativa apresenta algumas características básicas: Um fenômeno pode ser melhor compreendido no contexto em que ocorre e no qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada. Para tanto o pesquisador vai a campo buscando “captar” o fenômeno em estudo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes. Vários tipos de dados são coletados e analisados para que se entenda a dinâmica do fenômeno.

A partir dessa pesquisa em campo elabora-se um projeto de intervenção. O projeto de intervenção explica os problemas e propõe soluções com o objetivo de resolvê-los efetivamente. Para a identificação do problema foi realizada, na primeira etapa, um levantamento das taxas de parto do HNMD e sua proporção de cesáreas e partos vaginais. Posteriormente, na segunda etapa, foi realizado um *brainstorming* com alguns membros da equipe médica da Clínica de Obstetrícia do HNMD para identificação e agrupamento das causas e, através da Técnica do Grupo Nominal, chegou-se às causas prioritárias. A terceira etapa consistiu de uma seleção das causas críticas, ou seja, as causas sobre as quais a autora tivesse governabilidade, que permitisse ação gerencial e reduzisse o problema em questão.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

O Brasil ocupa o segundo lugar no mundo em número de cesarianas segundo dados da OMS (2015). Enquanto que esta mesma instituição estabelece em até 15% a proporção recomendada, no Brasil esse percentual chega a 57%. Grande parte dessas cesarianas é feita de forma eletiva, sem fatores de risco que justifiquem a cirurgia, e antes de a mulher entrar em trabalho de parto. Em muitas localidades, faltam condições de assistência que favoreçam o sucesso do parto vaginal, tanto no setor público como no privado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, DATASUS, 2015).

A cesariana ajuda a salvar vidas de parturientes, como nos casos em que há risco de hemorragia, picos hipertensivos ou quando a placenta está obstruindo a saída do útero, por exemplo (GABBE,2006). Também ajuda a salvar vidas de recém-nascidos nos casos de sofrimento fetal agudo por exemplo (GABBE, 2006). Quando a mulher opta pela cesariana por fatores como medo ou dor, em geral isso é fruto de falta de preparo durante o Pré Natal para enfrentar essas situações já previstas. Programas de preparo para o parto e a indicação de medicamentos poderiam ajudar nestas situações.

Os dados disponíveis sugerem que o risco de prematuridade não é apenas uma hipótese, mas um risco real para a cesariana eletiva sem indicação médica (LEAL, 2014). A maior mortalidade e morbidade materna entre mulheres submetidas à cesárea é um achado comum em muitos estudos (LEAL, 2014). Os dados brasileiros limitam-se às estatísticas de alguns hospitais, todos demonstrando um maior risco de morte para a cesárea do que para o parto vaginal. Uma das diferenças mais claras em morbidade está relacionada às infecções puerperais, que são muito mais frequentes após cesárea do que parto vaginal. Esta é, também, uma das causas de mortalidade materna (WILLIAMS, 2016). Outra causa importante de morte durante a cesárea está relacionada à anestesia. Os acidentes e complicações anestésicas e a aspiração de vômito são outros fatores que contribuem para um risco mais elevado de morte materna durante uma cesárea (GABBE, 2006). Assim, uma intervenção criada para salvar a vida da mãe e da criança torna-se um perigo para um ou ambos, quando utilizada somente por conveniência do médico e\ou da mãe, ou como resultado das incongruências do sistema de saúde.

Há outras consequências menos evidentes, por exemplo uma cesariana implica em uma recuperação mais difícil para a mãe, com mais dor e talvez em demora em oferecer o primeiro

aleitamento. A recuperação mais lenta também afeta a vida pessoal da mulher em casa após a alta hospitalar (DOMINGUES, 2004).

O Brasil já teve um enorme avanço tornando lei a presença do acompanhante durante o Trabalho de Parto e puerpério. A presença do marido ou familiar de escolha da paciente, apoiando durante esses momentos difíceis ajuda a mulher a enfrentar essas situações (ANS, 2007). Antigamente a mulher era obrigada a passar por esses momentos difíceis e inesquecíveis sem a presença de uma acompanhante, muitas vezes na presença de profissionais de saúde que nunca tinha visto antes.

O treinamento para o enfrentamento dos medos e da insegurança ajuda a evitar a indicação da cesárea sem real necessidade, e isso pode e deve ser feito desde o início do Pré Natal (ANS,2007).

Muita gente desconhece que a via de nascimento deve ser uma opção da mulher e da família, e não uma imposição médica, a menos que haja fatores de risco no parto natural (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). O Unicef ressalta que cada semana a mais de gestação, até a 41^a/42^a, aumentam as chances da criança nascer saudável por via vaginal, desde que bem acompanhada por profissional de saúde.

Apesar da cesariana ser um avanço da medicina que ajuda a salvar vidas há uma epidemia dessas cirurgias no Brasil. Muitas são motivadas geralmente pela busca de praticidade pelo médico, ou devido à baixa remuneração pelos planos de saúde (pagam quase o mesmo valor para uma cesárea que dura cerca de uma hora, e o mesmo para um parto vaginal que pode durar até 24 horas), ou pelo temor de processos judiciais.

Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC, 2011) referentes aos nascimentos em 2016 apontam que 55,4% do total de nascidos vivos no Brasil o foram por meio de cesárea. Entre os estados com maiores índices, estão Goiás (67%), Espírito Santo (67%), Rondônia (66%), Paraná (63%) e Rio Grande do Sul (63%).

Dos partos realizados na rede pública de saúde, 40% ocorrem por meio de cesarianas. Já na rede particular esse índice chega a 84%, variando de acordo com a região (SINASC, 2011).

Segundo o Conselho Federal de Medicina (2017), no Brasil, o índice de morte materna em casos não-complicados é de 20,6 a cada 1000 cesáreas. Em contrapartida, são 1,73 mortes para 1000 nascimentos de parto normal. “Diante desses números, a situação torna-se absurda”, declarou o procurador regional da República Sergio Lauria (2018), que atualmente atua no caso. Para ele, uma remuneração maior para partos normais é uma solução justa e compatível com os menores riscos para a vida da mãe e do bebê, que oferece o parto normal,

incidindo a prevenção a ele inerente em verdadeiro custo de qualidade, o que justifica o valor a maior.

É preciso discutir e mudar essa cultura de tantas cesarianas. Implantar novas rotinas, esclarecer, voltar um pouco ao tempo do parto normal, humanizado, é fundamental. Quando houver a indicação de cesariana, até esta mesmo pode ser feita de maneira humanizada (ENSP-SA, 2017). Representantes de entidades como a Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp), o Conselho Regional de Enfermagem, a Rede Sentidos do Nascer, Associação de Doulas e a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) concordam que o tema é complexo e que uma mudança de cultura é necessária.

De acordo com a Comissão de Parto da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (2017) só existem duas indicações absolutas de cesarianas: a desproporção céfalo-pélvica e a apresentação prévia da placenta.

A desproporção ocorre quando a ossatura da bacia da mãe é incompatível com a da cabeça do bebê. Isso acontece em casos de mães que possuem alguma deformidade ou desalinhamento nos ossos, por conta de um acidente ou deficiência física. Ou em casos que o bebê tem a cabeça maior que o normal, devido a problemas de saúde como hidrocefalia ou diabetes (WILLIAMS, 2016).

No caso da apresentação prévia da placenta, o parto normal não acontece devido à oclusão da passagem do bebê. Os dois casos são considerados de baixa incidência (WILLIAMS, 2016).

Há indicações relativas de cesariana, ou seja, dependem da avaliação do médico, como: sofrimento fetal quando a mulher não tem dilatação completa, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia parcial com sangramento intenso, distocia (complicações que atrapalham ou impedem a passagem do bebê), herpes vaginal ativa nas quatro semanas que precedem o parto (por conta do risco de desenvolver cegueira no bebê) e mãe portadora de HIV dependendo da carga viral (WILLIAMS, 2016).

Há situações em que a mulher, por cansaço físico, posição ruim e situações de distócia em que não é possível usar o fórceps (instrumento cirúrgico semelhante a uma colher que é inserido no canal vaginal para ajudar a retirar o bebê) ou a vácuo-extração (ou ventosa – retira o bebê por sucção) a cesárea é recomendada (GABBE, 2006).

A operação cesariana também costuma ser indicada em iterativas, ou seja, gestante com duas ou mais cesarianas sucessivas. Também é indicada para mulheres com cicatriz uterina longitudinal de operação anterior, casos em que há maior comprometimento da musculatura do útero, aumentando o risco de sua ruptura no trabalho de parto (WILLIAMS, 2006).

Falta de dilatação, cordão umbilical enrolado no pescoço, uma única cesárea anterior, bacia um pouco estreita, nenhum desses motivos é considerado, pela Febrasgo como justificativas reais de cesarianas.

Quando realizadas por motivos médicos, as cesarianas podem reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal. Porém não existem evidências de que fazer cesarianas em mulheres ou bebês que não necessitem de cirurgia traga benefícios. Assim como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo. Esses riscos podem se estender por muitos anos depois do parto ter ocorrido e afetar a saúde da mulher e do seu filho, podendo também comprometer futuras gerações. Esses riscos são maiores em mulheres com acesso limitado a cuidados obstétricos adequados (LEAL, 2014).

Embora não se saiba ao certo em quantos casos a ida à sala de cirurgia era perfeitamente evitável, a Organização Mundial de Saúde estima que só entre 10 e 15% das cesáreas se justificam por motivos médicos. O restante faz parte de um fenômeno que se transformou em pandemia. E dados mais atualizados mostram que esta cifra continua em ascensão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Não se pode falar de uma só causa, porém a mais recorrente é obter rentabilidade do parto. Além de a maioria dos hospitais privados cobrar mais por uma cesárea, os médicos podem atender a mais nascimentos e também realizar outras atividades e emprego (consultório, plantão) e outras atividades de lazer também. O médico pode acompanhar um trabalho de parto por 24 a 48 horas, considerando que a remuneração não é proporcional a este tempo dedicado ao acompanhamento do trabalho de parto. Enquanto uma cesariana é agendada, com data e hora definidos, e durando cerca de uma hora no máximo. Além disso os médicos têm ficado com receio de fazer partos normais por medo de processos judiciais movidos pelos pacientes. A Obstetrícia e a Cirurgia Plástica são as Clínicas com maior número de processos no Brasil (HOPKINS, 2014).

Há um fator cultural importante de que o parto vaginal é mais arriscado para o feto do que uma cesárea (ANS, 2007). Assim, um mau resultado neonatal é muitas vezes atribuído ao fato do médico não ter realizado uma cesariana e ter “forçado” o parto normal. Por exemplo, se ocorrer a morte fetal ou algum tipo de seqüela após um parto à fórcepe, o mesmo estará sempre relacionado ao parto, mesmo que se prove o contrário. E hoje é uma das grandes causas de processos, mesmo que o médico ao final do processo consiga provar que o parto foi bem assistido e que a morte ou seqüela não teve relação com o parto.

De acordo com o Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (2017) outra causa importante foi a autonomia de que a mulher

pode escolher sua via de parto, e a partir daí, com a desinformação geral, têm a impressão que o parto cesáreo agendado é mais seguro, tanto para mãe e bebê, quanto seguro do ponto de vista que vivemos uma realidade violenta, e que o risco de sair de madrugada, a qualquer hora, dependendo de onde se mora, ou onde a Maternidade fica localizada, parece uma opção mais segura. Muitas mulheres também optam pela cesariana com medo das dores do parto (também desinformação, pois a analgesia durante o trabalho de parto faz parte da humanização do parto). Outra causa importante é o medo que a gestante e seu marido têm de como vai ficar a vida sexual após um parto vaginal, o medo de que todos os partos têm que ter episiotomia e de que a vida sexual será diferente. Eles acreditam que a cesárea permite à mulher manter intactas a anatomia e fisiologia da vagina e do períneo, enquanto o parto vaginal produz perda acentuada da função do coito normal. Este conceito mecânico da fisiologia da relação sexual tem sido encorajado inclusive por médicos. Há também o comodismo por parte da paciente de que prefere reduzir sua ansiedade, ter uma data marcada, preparar as coisas e avisar aos familiares dia, hora e local.

6 O PROJETO DE INTERVENÇÃO

O HNMD é referência para todos os partos de baixo risco da área do Primeiro Distrito Naval e também referência para todas as gestações de alto risco de todo o Brasil, independente do Distrito Naval.

O Pré Natal de alto risco é realizado inteiramente no HNMD, enquanto que o Pré Natal de baixo risco é encaminhado para o HNMD a partir de 35 semanas. Diariamente atendemos cerca de 30 a 40 gestantes nos nossos ambulatórios, o que equivale a cerca de 700 gestantes por mês.

A rotina da Clínica de Obstetrícia do Hospital Naval Marcílio Dias aguarda que a gestante entre em Trabalho de parto espontâneo até 41 semanas. Se isto não ocorrer a paciente tem uma internação eletiva agendada para esta data. Neste dia é oferecido indução com misoprostol (que pode durar mais de 24/48 horas) ou a cesariana imediata. Por falta de orientação, explicação detalhada ou mesmo por conforto da equipe médica e da paciente que já quer resolver sua gestação, a grande maioria opta pela cesariana.

Partos já com indicação de cesariana por intercorrências maternas ou fetais, tem a cesárea agendada para 39 semanas eletivamente.

Os trabalhos de parto que dão entrada no Centro Obstétrico são avaliados e acompanhados, caso haja indicação de cesárea, são levados ao Centro Cirúrgico.

O Centro Obstétrico do HNMD realiza em média de 100 a 110 partos por mês.

Desta forma, com as ações programadas do Projeto de Intervenções buscamos aumentar a proporção dos partos vaginais realizados no HNMD.

6.1 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

O descritor do meu trabalho é a alta taxa de cesarianas quando comparada com a taxa de partos normais.

No Hospital Naval Marcílio Dias nos últimos anos a taxa de cesarianas oscilava entre 80 a 85 %, considerada extremamente alta, mesmo para hospitais da rede privada.

Para se ter uma comparação com o restante do mundo, nos EUA em 1996 a taxa de cesariana era de 20,7%, sendo q a partir daí deu um salto para 32,9% e permanece neste patamar desde então. Mesmo assim a preocupação com a alta taxa de cesarianas nos EUA levou à publicação recente de novas diretrizes sobre o tema por duas das principais sociedades

médicas do país (American College of Obstetricians and Gynecologists ou ACOG e a Society for Maternal-Fetal ou SMFM)

6.2 EXPLICAÇÃO OU ANÁLISE DO PROBLEMA

Os riscos da cesárea para o recém-nascido são de dois tipos. Um é o risco de interromper prematuramente a gravidez por erro de cálculo da idade gestacional, especialmente no caso de cesáreas com data marcada. Outro é o de angústia respiratória para os recém-nascidos de parto cesárea, em comparação com os de parto vaginal, mesmo que ambos estejam a termo (LEAL, 2014). Os riscos para a mulher são muitos, dentre eles infecção, hemorragia, complicações anestésicas, maior taxa de reinternação, dentre outros (GABBE, 2006).

Não se pode deixar de mencionar que quando uma mulher é submetida a cesariana, fica com uma cicatriz uterina e pode comprometer seu futuro obstétrico para outros partos (aumenta a indicação de cesariana no próximo parto, aumenta o risco de complicações como placenta prévia, patologias hemorrágicas, morbidade neonatal e infecções puerperais) (WILLIAMS, 2016).

Outra consequência importante e de grande impacto principalmente para o Sistema de Saúde é econômica. O custo de uma cesariana comparado com o parto vaginal, somado a uma estadia hospitalar mais prolongada, maior consumo de materiais cirúrgicos, profissionais envolvidos e medicamentos utilizados deve ser levado em conta. Outro mecanismo que aumenta o custo da assistência à saúde é o derivado da prematuridade iatrogênica. Um bebê prematuro requer uma assistência neonatal intensiva por algum tempo, um cuidado semi-intensivo ainda mais longo, e aumentará a demanda dos serviços de saúde, pelo menos durante a primeira infância.

As causas críticas levantadas neste trabalho são a falta de informação principalmente da paciente e seus familiares em acharem que a cesárea é mais segura e sem dor (tendo o médico papel fundamental nesta causa, pois poderia orientar melhor a paciente desde o início do pré natal, preparando a gestante para o parto), e a conduta médica que não orienta quanto as vantagens da escolha pelo parto vaginal e por vezes opta pela cesárea com medo de processos judiciais.

Segundo alguns autores como Viggiano (1982), Braga (1988) e Moraes (1982), o despreparo psicológico das mulheres para o parto vaginal condicionado pelo ambiente social

e pelos meios de comunicação e falha do pré-natal neste aspecto, são fatores agravantes do índice de cesarianas. O parto cesáreo transformou-se em um fenômeno cultural que extrapola a área estritamente médica e que a popularidade entre a população feminina brasileira é mais que evidente.

Nesse sentido, entendemos que aspectos sociais tais como nível econômico, acesso a educação, a informação, bem como aos serviços de saúde, entre outros e juntando-se a estes, os fatores culturais, entendidos como o complexo dos padrões de comportamento, das crenças e valores transmitidos coletivamente que se modificam entre cada sociedade e com o decorrer do tempo, interferem e talvez até mesmo determinem a afinidade que a mulher terá em relação ao parto normal e a cesariana (BARROS, 2011). Esse ponto entra como causa crítica, pois podemos ter governabilidade sobre o mesmo, na medida em que os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) podem trabalhar como agentes de mudanças do comportamento sócio-cultural da gestante perante a cesariana e o parto normal, levando em consideração o potencial educador destes profissionais.

Cabe ao profissional de saúde orientar a gestante e seus familiares desde o início do pré-natal no sentido de que o parto normal é o melhor para a mãe e recém-nascido, é o mais natural. Informar que não deve ser temido e sim encorajado (HADDAD, 2011). Não se deve mentir dizendo que é indolor, mas explicar que as dores são causadas por contrações, fundamentais para dilatar o colo uterino e evoluir o trabalho de parto para o nascimento do bebê. E que essa dor é tolerável e pode ser amenizada com banhos quentes, massagens, a presença do acompanhante trabalhando junto com o fator psicológico da gestante e incentivando ela a acreditar que é possível passar por essa fase.

O papel do médico também é considerado causa crítica, pois podemos ter governabilidade neste aspecto, e corrigindo esta causa podemos chegar ao resultado esperado. O médico tem papel como educador da gestante no pré-natal como explicado anteriormente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Outro aspecto fundamental seria preparar melhor a equipe médica para acompanhar o trabalho parto com segurança, desmitificando a idéia de que a cesariana é mais segura e pode evitar processos. Um trabalho de parto bem acompanhado é mais seguro do que a cesariana, pois não envolve os riscos de uma cirurgia.

6.2.1 CAUSAS PRIORITÁRIAS DO PROBLEMA NO HNMD

1. Falta de orientação adequada para as pacientes e seus familiares, que vai desde o Pré Natal, até o momento da internação para o parto no Hospital Naval Marcílio Dias. Conforme citado anteriormente a gestante e seus familiares tem a crença de que o parto vaginal não é seguro, que a cesariana é indolor, que o parto vaginal afetará sua vida sexual, dentre outras conclusões sem embasamento científico. Falta de conhecimento e orientação geral de maneira que as pacientes e seus familiares desconhecem os benefícios do parto vaginal para o recém nascido, mãe, custos hospitalares (a cesariana tem no mínimo 48 horas de internação pós parto para mãe e recém nascido, enquanto que o parto vaginal pode ter alta hospitalar em 24 horas) e riscos operatórios. A lei que propõe à gestante escolher sua via de parto têm aumentado ainda mais o índice de cesarianas. A intenção da lei era contribuir para a humanização do parto , mas não se previu esse efeito colateral de aumento das cesáreas. Cabe à equipe de Saúde desmitificar isso, como começamos a fazer através de palestras para as gestantes de 1ª vez no HNMD;

2. Falta de conhecimento e preparo adequado da equipe médica de que gestações de alto risco, tanto materno, quanto fetal, dependendo do caso podem evoluir para parto por via vaginal. O HNMD trata-se de maternidade de Alto Risco materno e fetal, e por conta disso, muitos médicos acham que é mais seguro agendar uma cesariana. Por exemplo uma gestante hipertensa, entra na classificação de alto risco materno, porém desde que controlada, não há impedimento para o parto vaginal (WILLIAMS, 2016). Um feto com Gastrosquise, malformação fetal caracterizada por falha do fechamento da parede abdominal, encontrando-se o recém nascido com as alças intestinais exteriorizadas pelo abdome fetal. De acordo com Bianchi (2012) o parto vaginal tem os mesmos riscos da cesariana em lesar estas alças intestinais que estão expostas, no entanto no HNMD há a cultura de que a paciente e seu bebê se beneficiariam de uma cesariana agendada.

6.3 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

Em um primeiro momento iremos selecionar cursos e congressos voltados para o estímulo do parto vaginal humanizado, analgesia de parto, uso de fórceps e outros temas relacionados ao parto vaginal, como parto vaginal em gestantes de alto risco e parto vaginal em fetos malformados. Em um segundo momento vamos dividir a equipe médica que

concorre a escala de plantão, e, portanto, realiza os partos, para que todos possam realizar os cursos e congressos selecionados.

Outra ação importante é a implantar sessões mensais com toda ou o máximo possível de médicos da Clínica de Obstetrícia e os médicos que concorrem à escala de serviço do Centro Obstétrico, para discutir as cesarianas realizadas no mês vigente. Através do estudo do prontuário médico, buscar a indicação da cesárea e discutir possíveis alternativas, e se houve indicação obstétrica absoluta. Avaliar também nestas discussões os desfechos do parto vaginal, como o apgar do recém-nascido, (nota a que recebe após o nascimento), para avaliar quão bem-sucedido foi o parto vaginal. A intenção é estimular o parto vaginal, mas com resultados positivos, ou seja, mãe satisfeita e recém-nascido sem sequelas do parto, sem sofrimento fetal.

Para facilitar a fixação das informações prestadas à gestante e seus familiares, planejamos confeccionar e imprimir cartilhas ilustrativas, com fotos e textos mostrando os benefícios do parto vaginal para mãe e bebê, desmitificando muitas informações que são divulgadas.

6.4 PROBLEMA A SER ENFRENTADO

Problema a ser enfrentado: Baixo incentivo ao parto vaginal no HNMD;

Descritor: Aproximadamente 56% das cesarianas realizadas em 2018 tinham indicação obstétrica absoluta;

Indicador: Percentual de partos que evoluem para cesariana;

Meta: Alcançar 40% de partos vaginais em 2019 e 50% em 2020;

Impacto a ser gerado (resultado): Diminuição da taxa de cesarianas e suas complicações;

Causa crítica 1: Realização de cesarianas pelos obstetras sem indicação obstétrica absoluta;

Segue abaixo a Tabela 1 com ações propostas para a causa crítica 1, ou seja reduzir o número de cesarianas sem indicação obstétrica absoluta.

Tabela 1 – Matriz de Programação Causa Crítica 1

Ações causa crítica 1	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Promover atualização da equipe médica com cursos e congressos voltados para o estímulo de partos vaginais humanizados.	Humanos e financeiros (cursos e congressos voltados para o incentivo ao parto vaginal)	Médicos capacitados	2 anos anos data : Dezembro de 2019 a dezembro de 2021	Diretor HNMD, Chefe da Clínica de Obstetrícia HNMD, médico assistente da Clínica de Obstetrícia.
Implantar discussões mensais com os partos cesáreos realizados e sua indicação	Humanos	Grupo de discussões realizados	1 ano Dezembro de 2019 a dezembro de 2020	CT (Md) Jarba Salmont
Apresentar o projeto para as chefias	Humanos	Conhecimento das chefias sobre as medidas propostas	1 ano Dezembro de 2019 a dezembro de 2020	CC (Md) Giselle Novaes

Problema a ser enfrentado: Baixo incentivo ao Parto Vaginal no HNMD;

Causa crítica 2: Falta de conhecimento em relação ao parto vaginal por parte da gestante e seus familiares;

Descritor: Aproximadamente 45% das gestantes e seus familiares manifestam desejo pelo parto cesáreo por acharem mais seguro;

Indicador: Percentual das gestantes que manifestam desejo por cesariana;

Meta: Atingir 10% de cesarianas a pedido das gestantes;

Impacto a ser gerado (resultado): Diminuição da taxa de cesarianas e suas complicações para o binômio mãe – recém-nascido;

Segue abaixo a Tabela 2 com ações propostas para a causa crítica 2, ou seja aumentar a informação sobre parto vaginal à gestante e seus familiares (sobre os benefícios e segurança do parto vaginal principalmente).

Tabela 2 – Matriz de Programação Causa Crítica 2

Ações causa crítica 2	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Implantar grupos de apoio semanais para as gestantes de primeira vez no HNMD	Humanos Sala e cadeiras	4 Grupos realizados por mês	1 ano Iniciado em Janeiro de 2019	CC (Md) Viviane Hidebrandt Enfermeira Civil Denise
Confeccionar cartilhas sobre o parto vaginal, para serem distribuídas nos grupos coletivos	Humanos	Cartilhas confeccionadas	1 ano Dezembro de 2019 à dezembro de 2020	Diretor HNMD, Chefe da Clínica de Obstetrícia HNMD, médico assistente da Clínica de Obstetrícia do HNMD.
Imprimir as cartilhas	Humanos e materiais (gráfica)	Cartilhas impressas	1 ano Dezembro de 2020 à dezembro de 2021	Chefe da Clínica de Obstetrícia

6.5 GESTÃO DO PROJETO

O projeto inicial de palestra às gestantes foi apresentado e aprovado pela CF (Md) Stella Beatriz, Chefe da Clínica de Obstetrícia do HNMD. Esta ação foi implantada em janeiro de 2019 e já foi possível observar o impacto positivo desta ação.

A ação voltada para as gestantes já está ocorrendo desde o início do ano, com palestras semanais, realizadas as segundas feiras, quando as gestantes em geral são atendidas no ambulatório de primeira vez. Desta maneira, ao realizar a primeira consulta, a gestante e seu acompanhante assistem a uma palestra informativa sobre parto em geral, especificamente sobre os benefícios do parto vaginal. Também são abordados outros assuntos como

amamentação, analgesia de parto, a presença de acompanhante no parto e enfermaria, e ainda é oferecida visita guiada ao Centro Obstétrico e enfermaria. Desta forma dúvidas são esclarecidas e ofertamos a possibilidade de conhecer o serviço.

Na figura 1 é possível observar a proporção entre partos vaginais e cesarianas realizados no HNMD de janeiro até novembro no ano de 2019, já mostrando melhora em relação ao índice total de 2018.

Na figura 2 foi observado maior impacto, de janeiro de 2019 à junho de 2019, onde alcançamos o pico de 45% de partos vaginais, valor este nunca atingido até então.

Figura 1 – Partos vaginais e cesarianas no HNMD de janeiro a novembro de 2019.

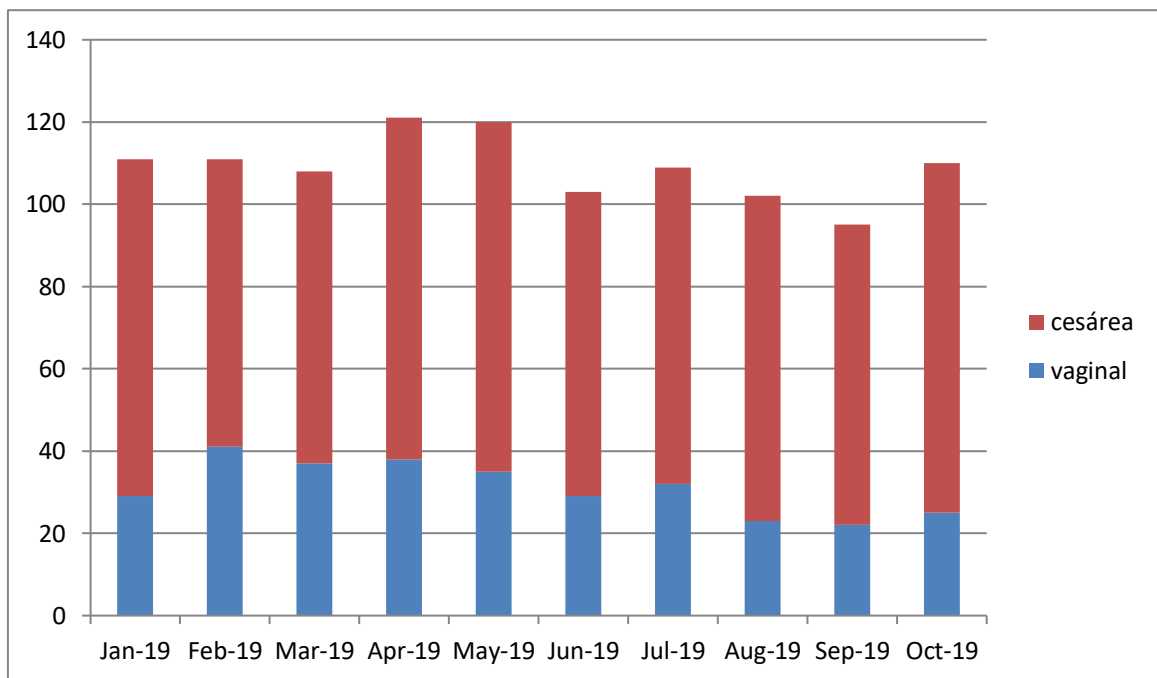
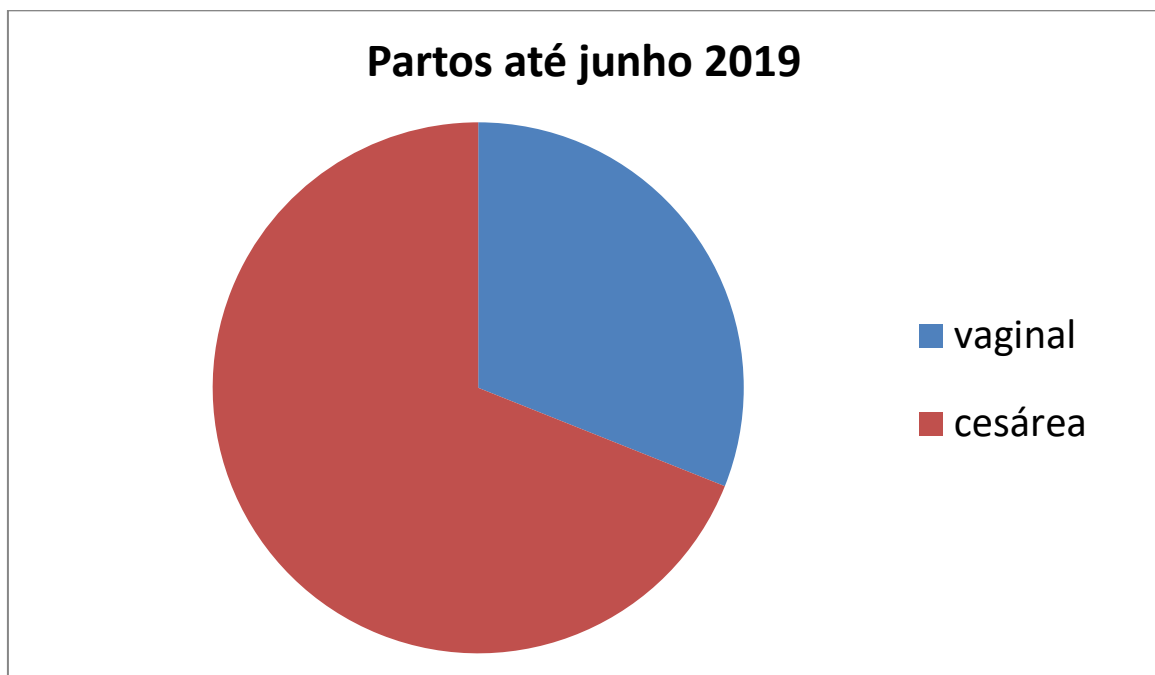


Figura 2 – Partos vaginais e cesarianas no HNMD de janeiro a junho de 2019.



Contamos com as aprovações das ações propostas uma vez que com poucas medidas implantadas, já conseguimos diminuir o número de partos cesáreos em 2019, já com impacto positivo para mãe, bebê em termos de saúde, de recuperação materna, menos complicações maternas, menos internações em UTI neonatal e em termos de custos financeiros para o HNMD. A gestante que é submetida ao parto vaginal em geral recebe alta hospitalar em 24 horas, enquanto a gestante que é submetida a cesariana, em geral tem alta hospitalar prevista para 48 horas após o parto. Além disso os custos de material e centro cirúrgico também devem ser levados em consideração. E finalmente a meta de atingir os níveis de parto vaginal recomendados pela OMS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O HNMD segue o padrão do Brasil, com tendência acentuada às cesarianas, principalmente por influências culturais da sociedade e por falta de estímulo da equipe médica. É preciso um esforço conjunto, multidisciplinar para tentarmos mudar este padrão em definitivo e atingir as metas propostas pela OMS. Além das medidas aqui propostas podemos tentar dar seguimento a este projeto com novas medidas como a introdução de enfermagem obstétrica para acompanhar os Trabalhos de Parto e permanecer ao lado das gestantes.

A Lei número 6305, de 26 de dezembro de 2007 já permite a presença de doulas nos estabelecimentos hospitalares durante o período de trabalho de parto, parto e pós parto imediato. No ano de 2019 já tivemos partos que contaram com a presença de doulas, além do acompanhante da paciente. O HNMD segue a lei desde que a doula apresente comprovante de sua formação técnica.

O HNMD já demonstrou outros avanços como a compra de macas que permitem o parto vaginal no mesmo leito do pré-parto, com a presença de acompanhante. Também foram adquiridas banquetas que facilitam a descida do bebê. Contamos com equipes que realizam partos humanizados, já temos relatos de partos de cócoras. Uma nova mentalidade está sendo criada, tanto na equipe médica, como nos pacientes, e o benefício para a puérpera e seu bebê é evidente.

Recentemente deu-se início uma obra de revitalização do Centro Obstétrico, com construção de banheiro para acompanhante e aumento da área para parto vaginal. O andar destinado à Clínica de Obstetrícia também dobrou de tamanho no último mês.

A Clínica de Obstetrícia está passando por profundas transformações visando um melhor atendimento as gestantes e seus acompanhantes.

Buscamos diminuir o índice de cesarianas sem indicação absoluta, problemática que afeta o país como um todo. Porém claramente ainda estamos longe do nosso objetivo, as outras medidas propostas precisam ser implantadas, assim como novas medidas devem ser propostas e implementadas. Este projeto dará continuidade até alcançarmos melhores resultados e estaremos sempre em busca de melhorias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Parto normal: movimento ANS em favor do parto normal e da redução das cesarianas desnecessárias no setor suplementar**, dez 2007.
- BARROS, M. L. F. **Percepção dos profissionais de saúde e das mulheres sobre o tipo de parto: revisão da literatura**. Rev. Enferm. UFPE On Line, 2011.
- BETRÁN AP, YE J, MOLLER AB, ZHANG J, GÜLMEZOGLU AM, TORLONI MR. **The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014**. PLoS One. 2016;11(2):e0148343.
- BIANCHI C. D. M., **Fetology, Diagnosis and Management of the Fetal Patient**, second edition, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de saúde. Estatísticas vitais. **Nascidos vivos** [Internet]. Brasília; 2015 [citado 2015 out.23].
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização Parto: humanização no pré natal e nascimento**. Brasília. Ministério da Saúde, 2002.
- BRENES, A. C. **História da Parturição no Brasil**, século XIX.
- DOMINGUES, R.M.S.M.; SANTOS, E.M. dos; LEAL, M. do C. **Aspects of women's satisfaction with childbirth care in a maternity hospital in Rio de Janeiro**. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil, 2004
- ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA, Fundação Oswaldo Cruz. **Projeto Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento**. 2017
- GABBE, NIEBYL, SIMPSON. **Obstetrics, Normal and Problem Pregnancies**, fourth edition, 2006.
- HADDAD, S. E. M. T.; CATTI, J. G.. **Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil**. Rev Bras Ginecol Obst. 2011; 33 (5): 252-62.
- HOPKINS K, AMARAL E.F.L., MOURAO A.N.M. **The impact of payment source and hospital type on rising cesarean section rates in Brazil**, 1998 to 2008. Birth. 2014;41(2):169-77.
- LEAL M.C.; PEREIRA A.P.E.; DOMINGUES R.M.S.M., THEME-FILHA M.M., DIAS M.A.B., NAKAMURA P.M., *et al.* **Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women**. Cad Saúde Pública. 2014;30 Suppl 1:17-32.

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

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

SOUSA, R. G. **O parto antes da cesariana**, 2019.

WILLIAMS, **Tratado de Obstetrícia**, 24^a edição, 2016

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

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