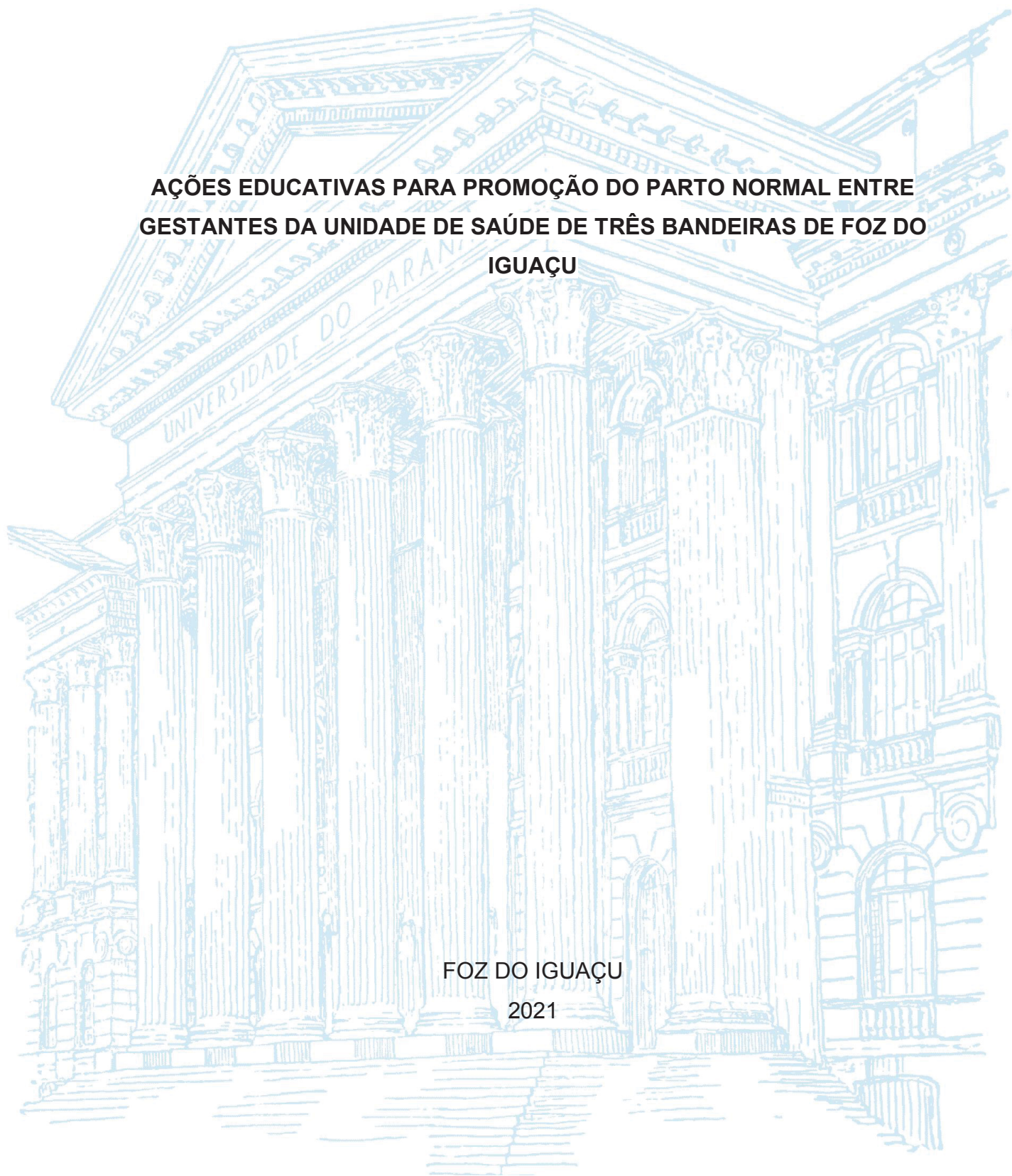


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

BRUNA BATISTONE BERTACHI

**AÇÕES EDUCATIVAS PARA PROMOÇÃO DO PARTO NORMAL ENTRE  
GESTANTES DA UNIDADE DE SAÚDE DE TRÊS BANDEIRAS DE FOZ DO  
IGUAÇU**

FOZ DO IGUAÇU  
2021



BRUNA BATISTONE BERTACHI

**AÇÕES EDUCATIVAS PARA PROMOÇÃO DO PARTO NORMAL ENTRE  
GESTANTES DA UNIDADE DE SAÚDE DE TRÊS BANDEIRAS DE FOZ DO  
IGUAÇU**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica, ofertado pelo Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientadora: Profa. Dra. Tatiana Brusamarello

FOZ DO IGUAÇU

2021

## TERMO DE APROVAÇÃO

BRUNA BATISTONE BERTACHI

### AÇÕES EDUCATIVAS PARA PROMOÇÃO DO PARTO NORMAL ENTRE GESTANTES DA UNIDADE DE SAÚDE DE TRÊS BANDEIRAS DE FOZ DO IGUAÇU

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica, ofertado pelo Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

---

Profa. Dra. Tatiana Brusamarello  
Orientadora – Departamento de Saúde Coletiva, UFPR

---

Prof(a). Dr(a)/Msc. \_\_\_\_\_  
Departamento \_\_\_\_\_, INSTITUIÇÃO

---

Prof(a). Dr(a)/Msc. \_\_\_\_\_  
Departamento \_\_\_\_\_, INSTITUIÇÃO

Cidade, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente à Deus, pela vida, e talentos a mim confiados, à minha família pelo apoio incondicional, à minha orientadora Dra. Tatiana Brusamarello, por todo suporte, e à minha equipe e pacientes pela caminhada de aprendizado e cuidado.

## RESUMO

Uma das mais significativas missões da Atenção Primária à Saúde é a realização da educação em saúde com objetivo de estimular o protagonismo dos usuários no planejamento e desenvolvimento do autocuidado. O objetivo do estudo será estruturar ações educativas para promoção do parto normal entre as famílias assistidas pela Unidade Básica de Saúde Três Bandeiras na cidade de Foz do Iguaçu, Paraná-Brasil. Trata-se de um projeto de intervenção realizado durante os meses de agosto de 2020 a janeiro de 2021 por meio de discussões multiprofissionais, busca ativa por gestantes e núcleos familiares, educação em saúde individuais e em grupo, além da elaboração de material educativo. As ações realizadas propiciaram fortalecimento do vínculo entre equipe de saúde e comunidade, bem como melhor orientação às gestantes e familiares sobre os benefícios do parto normal. Destaca-se que, no contexto da pandemia da COVID-19 o estabelecimento de espaços de discussão em ambiente virtual possibilitou também melhor apoio e orientação dos participantes, bem com maior envolvimento dos parceiros nas ações de pré-natal.

Palavras-chave: Parto Normal. Saúde Sexual e Reprodutiva. Educação em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

## **ABSTRACT**

One of the most significant missions of Primary Health Care is the realization of health education in order to stimulate the role of users in the planning and development of self-care. The aim of the study will be to structure educational actions to promote normal delivery among families assisted by the Três Bandeiras Basic Health Unit in the city of Foz do Iguaçu, Paraná-Brazil. This is an intervention project carried out during the months of August 2020 to January 2021 through multidisciplinary discussions, active search for pregnant women and family centers, individual and group health education, and the preparation of educational material. The actions provided strengthening the bond between the health team and the community, as well as better guidance to pregnant women and family members on the benefits of normal delivery. It is noteworthy that, in the context of the COVID-19 pandemic, the establishment of discussion spaces in a virtual environment also enabled better support and guidance from participants, as well as greater involvement of partners in prenatal actions.

**Keywords:** Normal Childbirth. Sexual and Reproductive Health. Health Education. Primary Health Care.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>6</b>
1.1 JUSTIFICATIVA.....	8
1.2 OBJETIVOS.....	9
1.2.1 Objetivo geral.....	9
1.2.2 Objetivos específicos.....	9
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>10</b>
2.1 PARTO HUMANIZADO.....	10
2.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	11
2.3 TIPOS DE PARTO.....	12
<b>3 MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>14</b>
<b>4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>16</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>20</b>
5.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS.....	20
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>21</b>
<b>APÊNDICE 1 – EXPOSIÇÃO FICTÍCIA DE HISTÓRIAS DE PARTO</b> .....	<b>24</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A cidade de Foz do Iguaçu se localiza no extremo oeste do estado do Paraná. É um dos mais importantes destinos turísticos brasileiros, apresenta cerca de 260mil habitantes, alto índice de desenvolvimento humano - 0,751 e faz limite com as cidades de Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu, Itaipulândia e com os países Paraguai e Argentina (FOZ-DO-IGUAÇU, 2019).

O município de Foz do Iguaçu é pertencente a 9° regional e atende, além dos seus habitantes, mais oito cidades próximas: Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu (PARANÁ, 2019).

A Atenção Primária no município de Foz do Iguaçu é descentralizada em cinco distritos sanitários, e conta com 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Destas unidades, 18 possuem a Estratégia Saúde da Família (ESF) implementada. Além disso, possui unidades denominadas de “Unidades Abertas”, designadas para o atendimento de toda população, que atendem, prioritariamente, pessoas cadastradas em sua área de abrangência.

A UBS Três Bandeiras localiza-se no distrito Nordeste, o qual tem: o Núcleo de Saúde São João (Centro de Referência da Família), a UBS Três Bandeiras, a UBS Três Lagoas, a UBS Sol de Maio e a UBS Lagoa Dourada. No distrito Nordeste também há uma equipe Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). (FOZ-DO-IGUAÇU, 2019).

Conta atualmente com duas equipes de Estratégia Saúde da Família, que atendem a área 017 e a 039. A equipe foco deste estudo é a 039, possuindo em média 2500 usuários cadastrados no e-SUS. Nesta equipe se observa uma população composta em sua maioria por indivíduos da faixa etária entre 20 a 59 anos (57,44%).

A assistência ao pré-natal é uma importante função designada as Unidades Básicas de Saúde, atualmente a UBS Três Bandeiras contém 59 gestantes cadastradas, sendo 34 delas pertencentes a área 039. Destas gestantes, 26,47% são nulíparas, e 73,52% são multíparas.

De acordo com o programa Mãe Paranaense, as gestantes são estratificadas de acordo com o risco gestacional (alto, intermediário e habitual). Ficando o médico da estratégia da saúde da família responsável pelos três níveis com atendimento



conjunto com o Ginecologista e Obstetra o risco alto. O ginecologista atualmente atende as gestantes de todo distrito no Núcleo de saúde São João (PARANÁ, 2012).

A lei da Cesariana publicada no Diário Oficial nº. 10.605 de 15 de janeiro de 2020, que alterou a Lei nº 19.701, de 20 de novembro de 2018, que dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e que revoga a Lei nº 19.207, de 1º de novembro de 2017, que trata da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica. Traz em seu inc. IV a seguinte redação:

“o parto adequado, respeitadas as fases biológica e psicológica do nascimento, garantindo que a gestante participe do processo de decisão acerca de qual modalidade de parto atende melhor às suas convicções, aos seus valores e às suas crenças” (PARANÁ, 2020).

Com isso a gestante de acordo com suas convicções poderá escolher qual procedimento poderá realizar, e o § 2º reforça essa ideia, pois o parto de trata de uma situação eletiva:

“§ 2º Nas situações eletivas, é direito da gestante optar pela realização de cesariana, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos, e tenha se submetido às avaliações de risco gestacional durante o pré-natal, na forma do inciso I deste artigo” (PARANÁ, 2020).

O legislador além do supracitado, no §3º traz o resguardo do profissional da saúde dizendo:

“§ 3º A decisão tomada pela gestante deve ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, de modo a atender as características do parto adequado” (PARANÁ, 2020).

Por fim, para que não possa ser algo trivial, situação em que a gestante possa escolher o parto cesáreo sem respaldo, como para simplesmente escolher o dia do nascimento, o legislador mais uma vez vem no §4º definir mais um critério:

“§ 4º Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo o registro em prontuário” (PARANÁ, 2020).

A grande maioria das gestantes é capaz de passar pelo nascimento sem a necessidade de nenhuma intervenção médica. Sendo assim, a gravidez e o parto normal são considerados processos fisiológicos. A literatura aponta que o Brasil é, no mundo, o país com maior taxa de cesáreas, sendo que grande parte das mulheres que se submetem ao procedimento eletivamente desconhecem os riscos associados e não possuem restrições ao parto normal (HUGUES, 2018).

## 1.1 JUSTIFICATIVA

Dados apresentados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) apontam que somente em 2017 foram registrados 2.923.535 nascimentos. Destes, 1.627.302 ocorreram por cesariana. Na Região Sul os partos cesáreos respondem por 61,3%, sendo que as cesáreas eletivas são responsáveis por mais de 70% dos procedimentos (BRASIL, 2020).

O modelo de assistência ao parto no Brasil é caracterizado por excesso de intervenção, o que tem contribuído para o aumento do número de cesáreas. Outros fatores associados à escolha da cesárea por gestantes são: experiências prévias com o parto, interação profissional e pacientes, desconhecimento sobre os riscos associados ao procedimento, além de influência da família (NASCIMENTO, ARANTES, *et al.*, 2015).

O desconhecimento, ou recepção de informações de promoção do parto cesáreo, interferem significativamente na escolha da mulher. Tornando-se fundamental que todos envolvidos na assistência a gestante no pré-natal fiquem atentos ao repasse dessas informações, e que não se limitem a falar somente a explicar os benefícios do parto vaginal, mas também devem falar sobre os riscos que envolvem o parto cesáreo, para que todas as gestantes fiquem cientes dos riscos que elas e seus bebês estarão se submetendo ao optarem pela cesariana (VALOIS, LIMA, *et al.*, 2019).

Em tal conjuntura, o projeto de intervenção aqui descrito tem sua realização justificada pela possibilidade de contribuir para maior conscientização da população sobre os benefícios do parto normal, e contribuir para redução do número de cesáreas eletivas na comunidade assistida pela UBS Três Bandeiras. O estudo possui ainda viabilidade financeira, visto que os recursos utilizados já estavam disponíveis e/ou foram custeados pela pesquisadora proponente.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

Estruturar ações educativas para promoção do parto normal entre as famílias assistidas pela Unidade Básica de Saúde Três Bandeiras no município de Foz do Iguaçu.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- Apresentar os benefícios do parto normal e riscos do parto cesáreo.
- Preparar as gestantes durante o pré-natal para o momento do parto.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 PARTO HUMANIZADO

Por volta do século XX o processo de medicalização dos nascimentos ampliou a quantidade de estabelecimentos para partos, como clínicas médicas e maternidades. Neste contexto, os partos domiciliares foram paulatinamente substituídos por partos hospitalares, assistidos anteriormente por parteiras, neste momento passaram a ser assistidos por médicos obstetras que utilizavam intervenções e práticas de padronização e ordenamento à medicina praticada em ambiente hospitalar (SILVA, NUCCI, *et al.*, 2019).

Apesar da recomendação do Ministério da Saúde relacionado a prevalência de partos vaginais, esta prática associa-se com a violência obstétrica. Estudo realizado em uma maternidade na região do Nordeste demonstrou que 86,57% das mulheres que deram a luz via parto vaginal foram vítimas de violência obstétrica, sendo que 39% permaneceu em posição supina, 65% esforço de empurrar e 41% administração de ocitocina. Outro estudo realizado na maternidade de São Paulo corrobora com estas informações ao afirmar que em 27,3% das mulheres foram realizados procedimentos sem consentimento da mesma, como episiotomia, enema e amniotomia artificial (CARVALHO e BRITO, 2017).

Nesta perspectiva, a atenção ao parto humanizado é classificada em quatro categorias para que possa orientar a prática e a conduta profissional, baseados na utilidade, risco e eficácia. As categorias são as que com uma alta frequência são utilizadas de forma inapropriada, as que são ineficazes e que devem ser evitadas, as que possuem pouca evidência científica e que devem ser utilizadas com cautela e as que são comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas (CARVALHO, GOTTEMS e PIRES, 2015).

Baseado nestas evidências, o modelo de assistência obstétrica institucionalizado passou a ser questionado, assim como as práticas de interrupção e de intervenção desnecessárias. E desta forma, a qualidade ao serviço prestado as mulheres e aos recém-nascidos passou fazer parte de políticas e estratégias de humanização, de modo a permitir a participação das mulheres no processo e a sua autonomia (SILVA, NASCIMENTO e COELHO, 2015).

Insistir em intervenções sem comprovação científica de eficácia e que são desnecessários impactam diretamente nas taxas de mortalidade. Estima-se que no ano de 2013 houve 210 óbitos maternos para cada 100.000 nascidos vivos, representando um total de 289.000 mulheres que foram a óbito devido a complicações durante a gestação, parto e puerpério (CARVALHO, GOTTEMS e PIRES, 2015).

Por isto, como forma de humanizar, ampliar e qualificar a humanização ao parto, o Ministério da Saúde lançou a Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) (CASSIANO, ARAÚJO, *et al.*, 2015). Esta política é uma estratégia para oferecer atenção integral a mulheres em período de pré-natal, parto, puerpério, urgências obstétricas e aborto. Além disto, é responsável ainda pela vigilância epidemiológica do óbito materno e violência sexual e doméstica. Ademais, abrange políticas de prevenção, planejamento reprodutivo e saúde mental (FERNANDES, ABREU, *et al.*, 2016).

Como forma de humanizar ainda mais este momento para as gestantes, em 2005 foi aprovada a Lei Federal n. 11.108 que obriga as redes públicas e conveniadas a permitirem a presença de um acompanhante durante todo o processo de trabalho de parto, parto e após o parto (BRASIL, 2011). A Lei do Acompanhante promoveu maior satisfação das parturientes, que relatam tranquilidade, conforto e maior vínculo entre pais e recém-nascido (SOUZA e GUALDA, 2016).

Diante disto, as reflexões acerca da humanização do parto têm sido bastante difundidas no campo da saúde como um direito de todos os cidadãos. As políticas e as estratégias de saúde têm o dever de oferecer um parto humanizado de modo a respeitar a autonomia da mulher e a dignidade humana. Sendo assim, humanização vai além da definição de fazer saúde, pois abarca questões estruturais envolvidos na lógica social, funcional e física, por isto, é essencial que as questões sociais e culturais sejam levadas em consideração (CASSIANO, ARAÚJO, *et al.*, 2015).

## 2.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Atualmente o Brasil é considerado o país com o maior número de cesáreas no mundo. Desde o ano de 2009 o procedimento por parto cesáreo superou o número total de nascimentos por parto vaginal, sendo que, a Organização Mundial da Saúde recomenda que 15% do total de partos deve ser realizado via cesariana, prevalecendo assim, partos via vaginal. Apesar disto, não é o que acontece na realidade brasileira,

visto que, no ano de 2012 cerca de 45% do total de partos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foi realizado via cesárea, enquanto no setor privado, este percentual atingiu 85% (BORÉM, FERREIRA, *et al.*, 2015).

Nesta perspectiva, o parto cesáreo é uma prática que aumentam os riscos de morbidade e mortalidade em dez vezes quando comparado ao parto normal. Entre os principais riscos que envolvem o parto via cesárea estão a embolia pulmonar, complicações relacionadas com anestesia, infecções puerperais, hemorragias e o óbito. O recém-nascido também corre sérios riscos com esta prática, como a prematuridade iatrogênica, anóxia, problemas relacionados com o aparelho respiratório, icterícia fisiológica e aumenta substancialmente a prevalência de hospitalizações em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (PINTO, DANTAS, *et al.*, 2019).

Bittar (2018) afirma que as indicações eletivas de parto cesáreo quando realizados no período entre 37 e 38 semanas e seis dias pode ocasionar sérias repercussões. Esta interrupção pode ocorrer devido a complicações fetais, complicações maternas ou outras etiologias definidas, o que corresponde a cerca de 25% dos partos. Apesar disto, a grande maioria dos recém nascidos termo precoce são devido a intervenções médicas desnecessárias podendo desencadear estresse fetal, materno e também processos inflamatórios (PINTO, DANTAS, *et al.*, 2019).

Diante disto, percebe-se que a atenção oferecida a mulher durante o período de pré-natal, parto e puerpério é de fundamental importância para a melhoria da qualidade de vida e da redução da morbidade e mortalidade. Assim, a violência obstétrica, a ausência do parto humanizado e a morte materna são fatores que violam os direitos das mulheres e refletem a qualidade do serviço oferecido no sistema de saúde (RODRIGUES, CAVALCANTE e VIANA, 2019).

### 2.3 TIPOS DE PARTO

A prática de interrupção gestacional pode ser realizada via vaginal ou via cirurgia cesárea. A cesariana é considerada um procedimento que é capaz de atender a diferentes necessidades e é amplamente difundido em todo o mundo. Considerado um procedimento simples e seguro, estudos afirmam que a cesariana elimina o excesso de sangramentos, gritos, dor, secreção vaginal e é compreendida ainda como uma prática mais humanizada e socializável (NAKANO, BONAN e TEIXEIRA, 2017).

Nesta perspectiva, quando há indicações clínicas adequadas e baseadas em fundamentos científicos, a cesárea se torna uma importante intervenção no sentido de reduzir as taxas de morbimortalidade. Apesar disto, esta prática é fortemente influenciada por fatores socioeconômicos, número de consultas de pré-natal, poder aquisitivo e setor de realização que pode ser público ou privado (MADEIRO, RUFINO e SANTOS, 2017).

Já o parto natural, realizado por via vaginal, é um procedimento que permite o nascimento sem intervenções cirúrgicas ou relacionadas a outros procedimentos dispensáveis. Entre os benefícios do parto natural, está principalmente a segurança para a parturiente, a menor incidência de complicações como infecções e hemorragias e a recuperação rápida. Além disto, o parto natural promove uma maior quantidade de nascimentos a termo e reduz alterações respiratórias no recém nascido e promove um aleitamento materno precoce (COSTA, SILVA, *et al.*, 2017).

Diante disto, a escolha pelo tipo de parto deve ser uma decisão conjunta entre a equipe de saúde e a mulher, levando-se em consideração todos os fatores que influenciam e que possam assegurar o bem estar materno-fetal. É essencial que os profissionais da saúde forneçam conhecimento necessário e suporte para que a melhor escolha seja feita, de modo a viabilizar a autonomia e o empoderamento feminino (KOTTWITZ, GOUVEIA e GONÇALVES, 2017).

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

O estudo aqui apresentado caracteriza-se como um projeto de intervenção, desenvolvido no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Foz do Iguaçu – PR. A população-alvo do estudo foram gestantes, assistidas pela equipe de Estratégia de Saúde da Família (eSF) 039, bem como seus núcleos familiares.

Para alcançar os objetivos deste projeto de intervenção foram executadas as seguintes etapas:

- Primeira etapa: discussão com a equipe da ESF e do NASF sobre o projeto e acordo de cronograma.

Foram estruturadas para acontecer nas sextas-feiras antes da reunião de equipe semanal, momento em que a unidade comumente está fechada, para esclarecimento da função de cada profissional na implementação do projeto, garantindo a realização de um trabalho multiprofissional.

Foi proposto ainda que durante as reuniões ocorresse a explicação dos riscos do parto cesáreo e os benefícios do parto via vaginal. Além da programação do cronograma para o ciclo a ser realizado, especificando, em calendário, a previsão de início e encerramento de cada etapa.

- Segunda etapa: rastreamento da população gestante sem indicação absoluta ao parto cesáreo

Foi proposto a realização de uma busca ativa durante consultas de rotina de pré-natal pelo médico e enfermeiro e nas demandas ao serviço. A busca ativa também foi proposta a ser realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) durante visitas domiciliares. O rastreamento por demanda ao serviço também foi proposto a ser realizado por todos os profissionais em todos seus atendimentos na UBS.

- Terceira etapa: educação em saúde sobre as vias de parto

Foram propostas reuniões *online* através do uso do *WhatsApp* da UBS. Além disso, propôs-se também a formação de grupos virtuais com as gestantes cadastrados na segunda etapa. A criação dos grupos objetivou veicular em linguagem apropriada à educação em saúde, informações sobre a gestação e suas vias de parto, complicações do parto cesáreo e benefícios do parto.

As reuniões grupais foram momentos de conversas *online* através do grupo de *WhatsApp* mediadas pelo médico e enfermeiro de equipe e apoiadas pelo psicólogo do NASF. Inicialmente, como parte do Projeto de Intervenção foram



propostos seis encontros, com datas acordadas com todo o grupo de modo a facilitar a maior adesão.

- Quarta etapa: avaliação dos resultados

Após o encerramento de cada reunião, os participantes foram convidados a expor suas percepções, e posteriormente após o encerramento de todas as reuniões, foram novamente convidados a fazer um depoimento para avaliar os resultados das ações realizadas.

## 4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Na primeira etapa proposta pelo estudo realizou-se uma reunião com a eSF e os profissionais atuantes no NASF: enfermeira e psicólogo. Estiveram presentes na reunião todos os componentes da eSF 039 incluindo: sete agentes comunitários de saúde (ACS), uma médica, uma enfermeira e dois técnicos de enfermagem. A reunião teve duração aproximada de 1h30min, e foi realizada no mês de agosto de 2020.

Inicialmente a médica proponente abordou a importância da promoção do parto normal, enfatizando o direito de escolha da mulher, mas a necessidade de tal escolha ser “consciente”, a partir de uma compreensão da gestante sobre tipos de parto, riscos e benefícios, bem como, consciência de seus direitos sexuais e reprodutivos.

O psicólogo do NASF fez uma abordagem interessante sobre o impacto psíquico do parto, medos e anseios, e ampla divulgação de atos de “violência obstétrica”, que são pontos essenciais a serem abordados nas reuniões. Cada ACS contribuiu com relatos de sua área de atuação, mulheres gestantes, situações prévias, e nível de aceitação do parto normal.

Estruturou-se também, ainda durante a reunião, os eixos temáticos que seriam trabalhados junto às gestantes. Sendo eles:

- Encontro 1: “O seu, o meu, e o dela: relatos de parto, e experiências prévias”
- Encontro 2: “O meu direito de escolha”
- Encontro 3: “Primeiro parto e seus fantasmas... são todos iguais?”
- Encontro 4: “Aspectos médicos e indicações de cesárea”
- Encontro 5: “Normal, depois cesárea pode, e vice-versa?”
- Encontro 6: “O motivo do parto normal”

Durante os meses de agosto e setembro de 2020 os ACS realizaram visitas às 34 gestantes assistidas pela eSF 039, cadastrando telefones, e identificando motivação destas em participar das ações não presenciais. Na ocasião percebeu-se ainda grande apreensão destas com a questão da pandemia por COVID-19, e a importância de estabelecer um maior contato entre equipe e usuárias neste momento pandêmico.

Ainda no mês de setembro foi realizada a primeira reunião por *WhatsApp*, em que estiveram presentes 18 gestantes, o psicólogo do NASF, enfermeira, médica e 03 ACS da eSF. O psicólogo iniciou a abordagem questionando sobre traumas, ou experiências negativas relacionadas ao parto normal ou cesáreo. Entre as participantes oito eram multíparas, e quatro destas referiram experiências traumáticas. Contudo, uma gestante fez uma contribuição fundamental:

*“analisando o tema da reunião, acredito que é bem isso, cada mulher é diferente e cada parto também! Eu tive 03 partos, todos normais, o primeiro foi terrível, o segundo muito bom, e o terceiro também com bastante sofrimento. Minha irmã teve dois partos normais e uma cesárea, ficou ótima com os normais, e terrível com a cesárea, deu infecção e tudo mais... então acho que não dá para basear no outro, ou até na gente mesmo... cada parto é diferente”.*

A partir de tal depoimento o psicólogo ressaltou ainda que além de cada parto ser único, cada situação e contexto também eram. Foi feita então uma apresentação de uma história fictícia, para melhor explicar tal percepção (Apêndice 1). A história busca mostrar que cada situação ou contexto também altera a percepção da parturiente sobre seu parto. Se há apoio, se há informações, acompanhantes, acolhimento, e uma série de outros fatores que podem atribuir outros valores à experiências vivenciadas.

Ao final da reunião, por questionamentos das gestantes presentes a equipe orientou ainda quanto aos novos protocolos da UBS, como consultas com horários agendados, marcação por *WhatsApp*, e condutas a serem tomadas para prevenção da COVID-19 e em casos de manifestação de sintomas gripais.

A segunda reunião com o grupo ocorreu no mês de outubro de 2020, e teve 24 participantes, além da médica, e enfermeira da eSF. A exposição foi realizada pela enfermeira, que abordou os direitos legais da gestante/puérpera, como direito de escolha do tipo de parto, acompanhante, licença maternidade, e estabilidade no emprego.

Inicialmente pretendia-se abordar apenas a questão de direito de escolha do tipo de parto, contudo, ao discutir com a enfermeira, a mesma sugeriu que falássemos de direitos como um todo, pois talvez esta fosse uma oportunidade única de esclarecer tais mulheres. Foi disponibilizado para as participantes uma cartilha sobre direitos da gestante, elaborada pela Universidade Federal de Viçosa (BEVILACQUA, SILVA, et

al., 2008). A opção por tal cartilha se deu pela qualidade do material, linguagem acessível, e adequação ao tema abordado.

A terceira reunião se deu no mês de novembro de 2020, e teve como tema “Primeiro parto e seus fantasmas... são todos iguais”. No grupo havia na ocasião onze nulíparas, e foi enriquecedoras as discussões. A exposição dos medos e anseios, a troca de saberes, bem como, a nítida observação da ampliação da rede de apoio destas mulheres a partir da estruturação do grupo descrito neste estudo. Em tal reunião também houve a participação do psicólogo do NASF, médica, e duas ACS.

A quarta reunião, ocorrida na primeira semana de dezembro de 2020 contou com a participação especial de uma puérpera do grupo, que havia ganhando o bebê há 10 dias. A mesma relatou sua história de parto, a importância da presença do acompanhante, e que “*embora tenha doído muito*”, o parto normal permitiu que ela após 2 dias estivesse em casa, junto ao seu outro filho, de 2 anos e meio, o que trouxe bastante tranquilidade à mesma.

Após o relato e felicitações a médica fez uma abordagem sobre os direitos de escolha da cesárea, garantido por lei no estado do Paraná, mas também do ponto de vista médico, quais seriam as indicações do procedimento. Foram esclarecidas dúvidas, quanto à possibilidade de parto normal, após cesárea prévia, bem como, riscos associados à cesárea, e período de recuperação após o procedimento.

Importante ressaltar que inicialmente haveria uma reunião para abordar a realização de parto normal após cesárea, mas o assunto foi esgotado ainda na quarta reunião, e por este motivo foi alterado o tema da reunião seguinte, que passou a ser “o motivo do parto normal”.

A quinta reunião, ocorrida em janeiro de 2021 contou com a presença de 05 ACS, médica, enfermeira da eSF, e também com o psicólogo do NASF. Participaram 19 gestantes. Em todas as reuniões anteriores foi enfatizado vantagens do parto normal, embora não falado explicitamente que este era o tema central da reunião. Desta forma, na última reunião as gestantes foram convidadas a falarem sobre o que consideravam ser vantagens do parto normal, e quais os principais desafios que elas viam neste sentido.

A cada participação um membro da equipe mediava o relato, apontando aspectos importantes, sanando dúvidas ou complementando informações. Por fim, a reunião foi finalizada com uma exposição dos profissionais sobre os aspectos

abordados ao longo dos encontros, e por solicitação das gestantes, optou-se por continuar com o grupo, pelo menos pelo período pandêmico.

Cada uma das gestantes manifestou satisfação e maior esclarecimento após as reuniões do grupo. Por outro lado, os profissionais participantes ficaram de fato impressionados com a adesão e maior participação das gestantes, tendo em vista que os grupos presenciais nunca tinham conseguido tanta adesão.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As ações apresentadas neste estudo refletem iniciativas de educação em saúde e promoção do parto normal no contexto da Atenção Primária à Saúde. Reflete ainda a necessidade de melhor orientar a comunidade para garantir que as escolhas feitas, como tipo de via de parto, sejam de fato embasadas em motivações reais.

Observou-se ganho de vínculo entre eSF e gestantes, maior orientação e acolhimento destas no período pandêmico, bem como, ganho no processo de trabalho multidisciplinar e programação em saúde.

### **5.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS**

Para trabalhos futuros serão mantidas as reuniões mensais com o grupo das gestantes por todo o período pandêmico, mas estuda-se inserir no grupo também puérperas, para orientações do pós-parto e cuidados ao bebê.

## REFERÊNCIAS

BEVILACQUA , P. D. et al. **Direitos da Gestante**: conhecer para exigir. 1. ed. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa, v. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.novoscursos.ufv.br/projetos/ufv/nieg/www/wp-content/uploads/direitos.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2020.

BORÉM, P. et al. Increasing the percentage of vaginal birth in the private sector in Brazil through the redesign of care model. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 10, 2015. ISSN ISSN 1806-9339.

BRASIL. **Portaria n.1.459, de 24 de junho de 2011 - Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Diário Oficial da União. Brasília. 2011.

BRASIL. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Brasília. 2020.

CARVALHO, E. M. P. D.; GOTTEMS, L. B. D.; PIRES, M. R. G. M. Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 889-897, 2015. ISSN ISSN 1980-220X.

CARVALHO, I. D. S.; BRITO, R. S. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. **Enfermería Global**, v. 47, p. 80-88, 2017. ISSN ISSN 1695-6141.

CASSIANO, A. D. N. et al. Percepção de enfermeiros sobre a humanização na assistência de enfermagem no puerpério imediato. **J. res.: fundam. care. online**, v. 7, n. 1, p. 2051-2060, 2015. ISSN ISSN 2175-5361.

COSTA, M. N. et al. Parto: direito de escolha da mulher. **Revista Saber Digital**, v. 8, n. 1, p. 146-163, 2017. ISSN ISSN 1982-8373.

FERNANDES, L. T. B. et al. Atuação do enfermeiro no gerenciamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 20, n. 3, p. 219-226, 2016. ISSN ISSN 1415-2177.

FOZ-DO-IGUAÇU. Dados Socioeconômicos e Sociais. **Prefeitura Municipal de Saúde**, 2019. Disponível em: <<http://www.pmfi.pr.gov.br/conteudo/?idMenu=1182>>. Acesso em: 3 out. 2020.

HUGUES, G. M. "**Cesárea? Não, Obrigada!**": estratégias de uma rede social de gestantes para enfrentar o sistema das cesáreas por conveniência médica no Brasil. Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ. Rio de Janeiro, p. 138. 2018. ( ID: biblio-906348).

KOTTWITZ, F.; GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES, A. D. C. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. **Esc. Anna Nery** , Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2017. ISSN ISSN 2177-9465.

MADEIRO, A.; RUFINO, A. C.; SANTOS, A. O. D. Partos cesáreos no Piauí: tendência e fatores associados no período 2000-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde** , Brasília, v. 26, n. 1, 2017. ISSN ISSN 2237-9622.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, 2017. ISSN <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000300003>.

NASCIMENTO, R. R. P. D. et al. Escolha do tipo de parto:fatores relatados por puérperas. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 36, n. esp., p. 119-126, 2015. ISSN <http://dx.doi.org/10.1590/1983->.

PARANÁ. **Programa Rede Mãe Paranaense**. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Curitiba. 2012.

PARANÁ. **Lei nº 20.127. Data 15 de janeiro de 2020. Altera a Lei nº 19.701, de 20 de novembro de 2018**. Diário Oficial do Paraná. 2020.



PINTO, J. N. S. et al. Incidência de parto cesárea em uma maternidade no município de Porto Velho – RO em 2017. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 1, n. 33, p. e1241, 2019. ISSN <https://doi.org/10.25248/reas.e1241.2019>.

RODRIGUES, A. R. M.; CAVALCANTE, A. E.; VIANA, A. B. Mortalidade materna no Brasil entre 2006-2017: análise temporal. **RETEP Revista Tendências da Enfermagem Profissional** , v. 11, n. 1, p. 3-9, 2019. ISSN 1984-753X.

SILVA, A. L. S.; NASCIMENTO, E. R. D.; COELHO, E. D. A. C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Esc. Anna Nery** , v. 19, n. 3, p. 424-431, 2015. ISSN 2177-9465.

SILVA, F. et al. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. **Saude soc.**, São Paulo, v. 28, n. 3, 2019. ISSN 1984-0470.

SOUZA, S. R. R. K.; GUALDA, D. M. R. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. **Texto & contexto enferm**, v. 25, n. 1, p. e4080014, 2016.

VALOIS, R. C. et al. Conhecimento dos riscos do parto cesáreo entre gestantes atendidas no pré-natal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 32, n. e1194, p. 1-9, 2019. ISSN 2178-2091.

## APÊNDICE 1 – EXPOSIÇÃO FICTÍCIA DE HISTÓRIAS DE PARTO

### **Dona Maria possui 2 filhos, e está na gravidez do seu 3º filho**

Ela nos conta um pouco como foi cada um de seus partos e o que deseja...



### **1º "Horrível, sofri muito, me maltrataram, quase morri"**

Tipo de Parto: Normal  
Contexto:

- Aos 14 anos
- Sem presença de acompanhante
- Assustada, longe de casa (teve que viajar para capital)



## 2º "Maravilhoso, tudo perfeito, nasceu rapidinho"

Tipo de Parto: Normal

Contexto:

- Aos 25 anos,
- Gravidez planejada, e acompanhada pelo companheiro
- Parto no município que reside atualmente



## 3º "Quero cesárea, porque quero fazer ligadura"

Tipo de Parto: pretende cesárea

Contexto:

- Tem motivação para cesárea, embora desconheça os trâmites legais, mas possui argumentos para "desejar o parto cesáreo"



### Parto: o seu, o meu, e o dela

Cada parto é único, e sua percepção também. Procure informações, mas não se prenda a detalhes de relatos alheios, vivencie a sua experiência com segurança, fazendo o pré-natal, com apoio de sua equipe de saúde e família.



Fonte: Bertachi, B.B.; Brusamarello, T. **Exposição fictícia de histórias de parto**. Curso de Especialização Atenção Básica/ UNA-SUS/ UFPR, 2021.