

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LUCIANE MIRLEI SINIGAGLIA

PARTO NORMAL: UM DIREITO DA GESTANTE A SER RESPEITADO

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LUCIANE MIRLEI SINIGAGLIA

PARTO NORMAL: UM DIREITO DA GESTANTE A SER RESPEITADO

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Saúde Materna, Neonatal e do Lactente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Mariana de Oliveira
Fonseca-Machado**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **PARTO NORMAL: UM DIREITO DA GESTANTE A SER RESPEITADO** de autoria do aluno **LUCIANE MIRLEI SINIGAGLIA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Saúde Materna, Neonatal e do Lactente.

Profa. Ms. Mariana de Oliveira Fonseca-Machado
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora pelo incentivo e parceria.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
3 MÉTODO.....	13
4 RESULTADOS	16
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	31

RESUMO

Esse estudo teve como objetivo elaborar uma cartilha educativa e ilustrada sobre Trabalho de Parto, Parto e Puerpério, destinada a todas as gestantes, de Pedro Afonso e demais municípios pertencentes a regional do Hospital de Referência de Pedro Afonso, Tocantins, Brasil, garantindo assim informação e esclarecimento, desmistificando tudo sobre as etapas que envolvem o nascimento de um novo ser, dando suporte para que essa gestante possa ter discernimento e direito de escolha em relação ao próprio corpo. Refere-se ao desenvolvimento de um material educativo – tecnologia de educação, com a confecção de uma cartilha de ensino para os pais/familiares. A cartilha será entregue todos os dias da semana e em todos os turnos de trabalho (diurno e vespertino) nas Unidades Básicas de Saúde, pelos profissionais de enfermagem. A cartilha abordará os aspectos relacionados a: direitos da gestante, tipos de parto e suas vantagens, sinais de alerta na gravidez, etapas do parto, puerpério, objetivos da consulta de puerpério e importância da amamentação. Essa metodologia mostrou-se adequada, de fácil compreensão e condução para o alcance do objetivo proposto, abrindo novo e estimulante caminho para as atividades de Educação em Saúde.

Descritores: Pré-natal, Gravidez, Parto, Aleitamento Materno

1 INTRODUÇÃO

O cuidado prestado à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal sofreu modificações significativas, principalmente a partir da segunda metade do século XX, quando o parto passou a ser um evento hospitalar e cirúrgico. Este processo foi fundamental para o desenvolvimento do saber médico, culminando com o estabelecimento da medicalização do corpo feminino (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que apenas 15% dos partos no Sistema Único de Saúde (SUS) sejam feitos por meio de cesáreas. Esta determinação está fundamentada no preceito de que existe uma situação real onde a preservação da saúde materna e/ou fetal justifica a realização do procedimento cirúrgico (OMS, 1996). Neste contexto, em 2006, 44% dos partos, no Brasil, foram cirúrgicos, sendo essa taxa maior nas regiões Sudeste (52%) e Sul (51%), entre as mulheres com mais de 35 anos (61%), brancas (49%) e com 12 ou mais anos de estudo (83%); no sistema de saúde suplementar esta taxa foi de 81% (BRASIL, 2008a). Em 2008, a taxa chegou a 84,5% (BRASIL, 2008b).

Desde a proposta do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, diversas ações voltadas ao ciclo gravídico-puerperal foram propostas e implementadas, em busca de uma atenção de qualidade e da redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal. Entre as diversas ações contempladas na atenção à saúde da mulher, a assistência pré-natal foca uma perspectiva integral e humanizadora, com o objetivo de promover o parto e o nascimento saudáveis, com respeito ao processo natural e evitando condutas desnecessárias ou de risco para a mãe e o recém-nascido. Estas ações estão contempladas no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e na, atual, Rede Cegonha (LEAO et al., 2013).

Benute *et al.* (2013), em sua revisão, relatam que a gestação é o momento no qual a mulher prepara-se para mudanças em sua vida e para novas responsabilidades. É, também, nesse período que ela expressa os sentimentos e receios relacionados ao parto, os quais, na maior parte das vezes, são ambivalentes e interferem em sua opção pelo tipo de parto. Entre os motivos que influenciam o processo de decisão, estão o medo, a ansiedade, a angústia, as questões pessoais, o padrão social, o histórico de problemas em partos anteriores e as complicações clínicas ou obstétricas.

O acompanhamento pré-natal, sistemático e organizado, permite o desenvolvimento do vínculo e atribui aos profissionais de saúde o desenvolvimento de um trabalho individual ou coletivo de orientação e preparo da gestante para o parto normal, na perspectiva da desconstrução de um modelo de medicalização e de práticas intervencionistas. Neste contexto, o trabalho com as mulheres deve garantir informações desde o início da gestação, criando oportunidades de envolvimento da mulher e de seus familiares, na promoção do parto normal. O momento da consulta de pré-natal pode ser usado como uma ferramenta propícia ao acolhimento e vínculo na rede de serviços de saúde, e como um momento privilegiado de preparo da gestante para o parto normal. Poderá se constituir um veículo legítimo de informações sobre os aspectos técnicos e tecnológicos do parto e de suas repercussões positivas para a saúde do binômio mãe-filho (COSTA et al., 2011).

Mediante o contexto de acompanhamento no pré-natal, a educação em saúde traduz-se como uma prática social, baseada no diálogo e na troca de saberes. É um dos modos estruturantes de práticas de saúde, sobretudo durante o pré-natal, para a promoção do parto normal. Ademais, apresenta-se como uma ferramenta instigadora do cuidado integral e de empoderamento à mulher gestante, uma vez que, permite uma maior aproximação do conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde com a vida cotidiana das pessoas, oferecendo subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas adequadas de saúde (COSTA et al., 2011).

Entretanto, a atuação dos profissionais de saúde nesta perspectiva é limitada, pois eles não prestam os devidos esclarecimentos e orientações durante as consultas de pré-natal e no momento da internação na Unidade Hospitalar, contribuindo desta forma para o aumento dos índices de cesáreas agendadas. Esta realidade faz-se presente no Hospital Regional de Pedro Afonso, Tocantins, referência para Pedro Afonso e mais cinco cidades circunvizinhas. Nesta Unidade de Saúde são realizados, em média, 40 partos por mês, e destes 28 são cesarianas, totalizando 71% dos partos, índice este muito além dos 15%, considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a taxa máxima aceitável (OMS, 1996). Uma vez que o Estado já tenha aderido o Projeto Rede Cegonha, mas que ainda este projeto não foi implantado no município em questão.

Diante desta limitação e da importância de se incentivar e promover o parto normal, principalmente por parte do profissional enfermeiro, mostra-se relevante a criação de uma cartilha autoexplicativa, para fornecer às gestantes e seus familiares, durante o pré-natal, mais especificamente no terceiro trimestre, informações importantes para auxiliar neste momento tão

importante de suas vidas que é o nascimento de um novo ser. Acreditamos que o uso desta cartilha irá ampliar o conhecimento das mulheres sobre os benefícios do parto normal e irá contribuir para a redução das taxas de cesáreas no serviço, além de promover a saúde do binômio mãe-filho.

OBJETIVO

Elaborar uma cartilha autoexplicativa e ilustrada sobre Trabalho de Parto, Parto e Puerpério, destinada a todas as gestantes, de Pedro Afonso e demais municípios pertencentes a regional do Hospital de Referencia de Pedro Afonso, Tocantins, Brasil, que se encontram no terceiro trimestre de gestação, em acompanhamento na rede Publica de Saúde, cadastradas no SISPRENATAL.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fecundação e a gestação são acontecimentos envoltos por mitos, mistérios e rituais, que buscam explicar a geração e o desenvolvimento do ser humano. Em algumas civilizações e culturas da antiguidade, a gestação era extremamente valorizada, devido a sua finalidade de perpetuação da espécie e de continuidade da vida, sendo as mulheres grávidas respeitadas e cultuadas através da religião. No período Romano, a gestação era vista como a efetivação da união e fortalecimento dos exércitos a partir do nascimento de homens. Na Idade Média, até o século XVIII, predominava a teoria seminista em torno da concepção, atribuindo ao homem e seu sêmen o principal papel na fecundação. Neste período, a mulher era considerada uma caixa para depósito do sêmen masculino (ZAMPIERI, 2001).

No passado, cabia à figura feminina o papel de auxiliar no trabalho de parto e parto de outras mulheres, como amigas, vizinhas ou parentas. Surgiu, assim, a figura da parteira, que atendia em domicílio e oferecia suporte ao binômio mãe-filho durante todo o trabalho de parto, parto e nos primeiros dias do puerpério, prestando assistência integral e priorizando o cuidado e o bem estar emocional da mulher. Esta função desenvolveu-se até por volta do século XVII, quando os homens entraram na cena do parto, devido às habilidades cirúrgicas inerentes à figura masculina (MUNIZ, 2013).

Ao longo da história, mais precisamente na metade do século XIX, a atuação das parteiras restringiu-se e a assistência à saúde da mulher passou a ser de domínio masculino. Dessa forma, houve a medicalização e institucionalização do parto, com a criação das maternidades. Segundo Brenes (1991), após essa institucionalização a mulher deixou de ser a atriz principal do seu parto e tornou-se a coadjuvante, aceitando passivamente todos os procedimentos a ela impostos.

Duarte e Andrade (2008) destacam que, no Brasil, a promoção à saúde materno-infantil teve seu marco principal na década de 1920, com a reforma sanitária de Carlos Chagas. Posteriormente, em 1953, ocorreu a criação do Ministério da Saúde, que coordenou, no território nacional, a assistência materno-infantil. Assim, na década de 1970, por meio do documento: Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, a saúde da mulher foi retomada e em 1975, surge então o primeiro Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), que teve como diretrizes a nutrição do grupo infantil e como alvos as gestantes, parturientes, puérperas e as mulheres em idade fértil. Em 1977, o Ministério da Saúde criou o Programa de Prevenção da

Gravidez de Alto Risco (PPGAR), que era uma norma incorporada ao PSMI e tinha a finalidade de normatizar e implementar ações de assistência aos riscos reprodutivos e obstétricos e ao planejamento familiar (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; ZAMPIERI, 2006). Na década de 1980, mais precisamente em 1986, estabeleceu-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no qual a mulher era vista em sua integralidade e em todas as fases da vida (BRASIL, 1984; OSIS, 1998). O PAISM teve grande influência na implementação do SUS, regulamentado em 1990 através da Lei 8.080. No ano de 2000, após a constatação da necessidade de se propor mudanças na forma de prestar assistência à maternidade, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento PHPN (SERRUYA, 2003). Com a intenção de ampliar este programa de humanização, em 2011, nasceu a Rede Cegonha, cujo objetivo é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, ao puerpério e à criança (BRASIL, 20011).

Neste contexto, Nagahama e Santiago (2005) afirmam que o cuidado prestado à mulher e à família sofreu modificações significativas, principalmente a partir do século XX, com a institucionalização da assistência, passando a predominar o parto hospitalar, culminando com o estabelecimento da medicalização do corpo feminino, da sua desumanização e da transformação do papel da mulher de sujeito para objeto no processo do parto e nascimento. Desta forma, as práticas médicas constituíram fatores determinantes para a institucionalização do parto e a transformação da mulher em propriedade institucional no processo do parto e nascimento. Assim, os programas de saúde pública envolvendo a assistência à mulher valorizam a medicalização e institucionalização da saúde materno-infantil (DUARTE, 2006).

Os efeitos negativos desta história são percebidos nos altos índices de cesariana no Brasil, bem como no grande número de intervenções desnecessárias presentes nos partos ditos, “normais” (MUNIZ; BARBOSA, 2012). Muitas dessas intervenções carecem de evidências científicas e não são recomendadas pela Organização Mundial da Saúde - OMS. Ademais, este modelo assistencial centrado no especialista é culturalmente aceito pela sociedade (MARTINS et al., 2010). Percebe-se como o saber científico do modelo tecnicista favorece uma assistência obstétrica segmentada e intervencionista, de pouco diálogo, na qual poucos profissionais adotam condutas educativas e de empoderamento da mulher para uma tomada de decisão compartilhada e consciente, levando assim efeitos adversos sobre o progresso do trabalho de parto (MUNIZ, 2013).

Muitas mulheres desconhecem o processo de trabalho de parto e parto (MUNIZ, 2013). Esta falta de informação produz efeitos importantes na experiência, na medida em que a mulher que não sabe como se dá o trabalho de parto, as transformações pelas quais passará nesse momento e somente espera viver uma dor muito forte, provavelmente assumirá e vivenciará uma incapacidade para parir, abrindo mão de sua autonomia e poder de escolha.

Faz-se necessário, portanto, a preparação da mulher para a maternidade, com enfoque nas ações do pré-natal, buscando-se conhecer a história obstétrica anterior, bem como o desfecho de uma gravidez prévia. A assistência pré-natal não deve restringir-se às ações clínico-obstétricas, mas incluir ações de educação em saúde na rotina da assistência integral, assim como aspectos antropológicos, sociais, econômicos e culturais, que devem ser reconhecidos pelos profissionais de saúde, os quais devem buscar entender as mulheres no contexto em que vivem, agem e reagem (DUARTE; ANDRADE, 2008).

Para Pereira et al. (2011), a educação em saúde, sobretudo durante o pré-natal, ganha destaque para a promoção do parto normal, apresentando-se como uma ferramenta facilitadora da produção de conhecimento e autonomia para as mulheres. Neste contexto, com o intuito de melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, de garantir que os direitos assegurados em lei sejam cumpridos e, principalmente, de enfatizar a importância da educação em saúde na redução do número de partos cesarianas no Hospital Regional de Pedro Afonso, acreditamos que o desenvolvimento e entrega de uma cartilha explicativa sobre o “Passo a Passo do Trabalho de Parto, Parto e Puerpério” a todas as gestantes se faz necessária.

3 MÉTODO

Tipo de estudo

Este trabalho refere-se ao desenvolvimento de um material educativo – tecnologia de educação. Assim, por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não serão utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais, apenas a tecnologia produzida.

Local do estudo

A cidade de Pedro Afonso localiza-se na Zona Norte do Estado do Tocantins, pertencendo à região Norte do Brasil, a uma distância de 200 quilômetros da capital, Palmas. Segundo levantamento disponibilizado pelo DATASUS, que utiliza fontes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Pedro Afonso contava em 2012 com uma população aproximada de 11.919 habitantes. É uma cidade que apresenta hoje uma economia quase toda baseada no setor primário: a agricultura com o cultivo principalmente da soja e da cana-de-açúcar e a pecuária com a criação de gado (IBGE, 2013).

Pedro Afonso conta hoje com três Unidades Básicas de Saúde, com quatro equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF), sendo 03 equipes da zona urbana e 01 da zona rural. Ademais, conta com uma equipe de Saúde Bucal cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). O Hospital Regional do Estado, é de pequeno porte, serve de referência aos usuários do SUS de Pedro Afonso e aos usuários de outros cinco municípios próximos (Tupirama, Bom Jesus do Tocantins, Santa Maria, Centenário e Recursolândia). Presta assistência hospitalar de baixa e média complexidade e possui hoje, de acordo com Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 32 leitos, sendo seis leitos destinados à obstetrícia, oito leitos da clínica cirúrgica, 13 da clínica médica e cinco leitos da pediatria. Os pacientes graves ou que necessitam de atendimento de alta complexidade são referenciados para a capital do Estado, Palmas.

O trabalho será desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Pedro Afonso e demais municípios que pertencem a regional do Hospital de Referência de Pedro Afonso. Todas estas gestantes fazem o pré-natal todo nas UBS, dirigindo-se ao referido Hospital

somente no momento em que entram em trabalho de parto ou quando apresentam alguma intercorrência no período gestacional.

População alvo do estudo

O público alvo do estudo se resume às gestantes, no terceiro trimestre de gestação, cadastradas no SISPRENATAL e acompanhadas nas UBS do município de Pedro Afonso e demais municípios que possuem como referência o Hospital Regional de Pedro Afonso. Segundo coleta de dados nas Secretarias de Saúde dos municípios (SEMUSA), esta população totaliza um público mensal de, em média, 100 a 120 gestantes, sendo que 51% residem no município de Pedro Afonso e os outros 49% pertencem aos municípios circunvizinhos.

Período de trabalho

O trabalho será desenvolvido no horário de funcionamento das UBS, ou seja, diariamente de segunda a sexta-feira, e em todos os turnos de trabalho (diurno e vespertino).

Plano de trabalho

O trabalho será desenvolvido na Unidade Hospitalar e em todas as Unidades Básicas de Saúde de Pedro Afonso e demais municípios (Tupirama, Bom Jesus do Tocantins, Santa Maria, Centenário e Recursolândia), cujo, Hospital Regional de Pedro Afonso é referencia.

Nestes locais, a cartilha educativa intitulada “Passo a Passo do Trabalho de Parto, Parto e Puerpério” será entregue a todas as gestantes no terceiro trimestre da gestação em acompanhamento pré-natal. Sendo necessária a entrega da cartilha antes do início do trabalho de parto, pois, uma vez iniciado o trabalho de parto a gestante não vai conseguir ler e nem entender esta cartilha que contempla as explicações sobre cada etapa do trabalho de parto, parto e puerpério. O conteúdo da cartilha ainda será abordado pelo profissional de enfermagem na última consulta como forma de sanar as dúvidas que possivelmente irão surgir e reforçado no hospital, durante o trabalho de parto e puerpério.

Elaboramos uma cartilha educativa, autoexplicativa e ilustrada, com uma linguagem simples e de fácil compreensão. Ademais, a cartilha foi formatada no formato de perguntas e respostas, observando as seguintes premissas: linguagem sucinta e adequação ao nível técnico e

intelectual do público-alvo. Em caso de dúvidas relativas às informações contidas na cartilha, os profissionais de enfermagem serão os responsáveis por fazer os esclarecimentos necessários.

As cartilhas foram confeccionadas em papel tamanho A4 (210x297mm) e em formato de configuração "retrato". Os textos foram escritos utilizando-se a fonte Comic Sans MS de tamanho 14 pontos. Houve preocupação com a elaboração de mensagens breves, considerando que frases longas reduzem a velocidade do processo de leitura e geralmente os leitores esquecem os itens de listas muito grandes. Além disso, foi utilizada linguagem simples, objetivando promover a identificação das mulheres com o texto e manter a sua iniciativa no processo da educação em saúde.

Utilizamos ainda, ilustrações de forma a complementar e reforçar as informações escritas. A ilustração atrai o leitor, desperta o interesse pela leitura e auxilia na compreensão do texto.

A cartilha abordará os aspectos relacionados a:

1. Seus direitos como gestante
2. Tipos de parto
 - 2.1 O que é o parto normal?
 - 2.1.1. Quais suas vantagens?
 - 2.2 O que é o parto cesárea?
3. Quais são os sinais de alerta na gravidez?
4. Quais são os sinais que indicam o início do trabalho de parto?
5. Parto
 - 5.1 Quais são as etapas do parto?
6. O que é o Puerpério?
 - 6.1 Quais são os objetivos da consulta de puerpério?
7. Qual a importância da amamentação?
8. Referências.

4 RESULTADO – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Passo a passo do trabalho de Parto, Parto e Puerpério!



Cartilha Informativa

Passo a passo do trabalho de Parto, Parto e Puerpério!

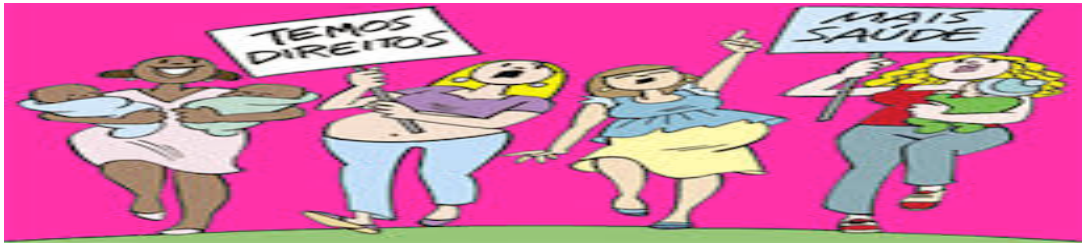


Esta é a sua cartilha do "Passo a Passo do Trabalho de Parto, Parto e Puerpério". Nela serão abordadas todas as informações importantes sobre este momento tão esperado que é dar a luz. A cartilha contém orientações sobre a sua gestação, parto, pós-parto e seus direitos como gestante.

Por isso, ela deve estar sempre com você. Não se esqueça de levá-la principalmente nas consultas de pré-natal e para a maternidade.

Sumário

1. Seus direitos como gestante
2. Tipos de parto
 - 2.1 O que é o parto normal?
 - 2.1.1 Quais suas vantagens?
 - 2.2 O que é o parto cesárea?
3. Quais são os sinais de alerta na gravidez?
4. Quais são os sinais que indicam o início do trabalho de parto?
5. Parto
 - 5.1 Quais são as etapas do parto?
6. O que é o Puerpério?
 - 6.1 Quais são os objetivos da consulta de puerpério?
7. Qual a importância da amamentação?
8. Referências.



1. SEUS DIREITOS COMO GESTANTE

- ✓ Receber atendimento ambulatorial e hospitalar inteiramente gratuito pelo SUS;
- ✓ Ter acompanhante na maternidade durante o trabalho de parto, parto e após o parto, isto é, durante toda a internação;
- ✓ Ficar junto com o seu bebê desde o nascimento;
- ✓ Acompanhar seu bebê todo o tempo na maternidade, se ele ficar internado;
- ✓ Receber o seu Cartão de Pré-natal, a Caderneta de Saúde da Criança e a Declaração de Nascimento para registro após o parto ou quando sair de alta da maternidade;
- ✓ Conhecer os resultados dos exames realizados;
- ✓ Licença-maternidade de 120 dias;
- ✓ Licença paternidade de 05 dias;
- ✓ Estabilidade no emprego;
- ✓ Horário para amamentar no trabalho até os 06 meses de vida do bebê, 30 minutos a cada turno de 4 horas de trabalho.



“Para mudar o mundo,
primeiro é preciso
mudar a forma de
nascer”
(Michel Odent)

2. TIPOS DE PARTO

2.1. O que é o parto normal?

O parto normal é a forma convencional de dar à luz (SILVANI, 2010). Não há intervenção cirúrgica e o feto sai naturalmente por via vaginal.

2.1.1. Quais suas vantagens?

- *O PARTO NORMAL É O MAIS SEGURO*, pois, as contrações do útero, a liberação de hormônios e a passagem pela vagina favorecem o amadurecimento final do bebê.
- A recuperação após o parto é mais rápida;
- As complicações durante e após o parto são menos frequentes;
- Menos dor após o parto;
- Não há necessidade de separar mãe-bebê;
- A amamentação é mais fácil;
- Menos risco de problemas respiratórios para o bebê;
- Menor risco de o bebê nascer prematuro;
- Menor tempo de internação.

2.2. O que é o parto cesárea?

É um tipo de parto que usa um procedimento cirúrgico que envolve um corte no abdômen para retirada do bebê de dentro do útero. Este tipo de parto pode expor a mulher e o bebê a **riscos desnecessários como:**

- Complicações da anestesia e da cirurgia;
- Hemorragias e infecções;
- Hospitalização prolongada;
- Maior chance de retirada do bebê do útero ainda prematuro e de internação do bebê;
- Problemas em futuras gestações: ruptura do útero, placenta mal posicionada ou que não desprende do útero;
- Separação mãe-bebê nas primeiras horas após o parto e demora na descida do leite materno.



3. QUAIS SÃO OS SINAIS DE ALERTA NA GRAVIDEZ?



Quando você apresentar um ou mais dos sintomas abaixo **PROCURE IMEDIATAMENTE ATENDIMENTO:**

- ✓ Sinais de trabalho de parto antes da data prevista para o parto: com endurecimento da barriga a cada 05 minutos (percebidas com você deitada, preferencialmente de lado, durante pelo menos 30 minutos);
- ✓ Sangramento ou perda de líquido pela vagina;
- ✓ Inchaço do rosto ou de todo o corpo;
- ✓ Dor de cabeça com embaçamento da visão;
- ✓ Diminuição importante da movimentação do bebê (por 12 horas ou mais);
- ✓ Dor para urinar, pouca urina ou com sangue;
- ✓ Febre;
- ✓ Vômitos persistentes;
- ✓ Corrimento vaginal com odor fétido (forte)/ardência e coceira na região da vagina (vulva).

4. QUAIS SÃO OS SINAIS QUE INDICAM O INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO?



- ✓ Endurecimento da barriga (contrações) que acontecem em intervalos regulares e cada vez menores, tornando-se mais longas e intensas (03 em 10 minutos), durante pelo menos 30 minutos;
- ✓ Você pode ter dor na região lombar nas costas, muitas vezes acompanhada de uma cólica parecida com a menstrual;
- ✓ Aparecimento do "sinal" (uma secreção tipo um catarro amarronzada ou com traços de sangue chamado tampão mucoso), que pode aparecer com o início do Trabalho de parto ou até alguns dias antes;

OBS: Evite a **Internação** precoce, desta forma estará eliminando uma situação de estresse e desconforto. O trabalho de parto pode ter uma duração média de 08 a 12hs e caso a mulher interne com pouca dilatação do colo (02 ou 03 centímetros) e com poucas/fracas contrações, dará a impressão que o trabalho de parto está muito demorado, aumentando assim a ansiedade e o medo da dor.

5. PARTO

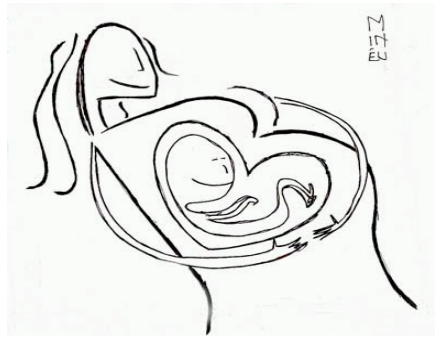


O parto está dividido em quatro períodos: dilatação, expulsão, dequitação e Período de Greenberg ou quarto período.

5.1. Quais são as etapas do parto?

- **Dilatação:** começa com as contrações uterinas regulares e terminam com a dilatação completa do colo do útero. Este período é o mais longo que os outros três períodos, podendo levar até 20 horas (LOWDERMILK, 2002). Divide-se em 03 fases (MAMEDE et al., 2009):
 - **Fase latente:** A dilatação do colo vai até 03 a 04 cm, com contrações uterinas de fraca intensidade e curta duração. Fase mais demorada, com pouco desconforto doloroso; você não precisa estar hospitalizada nesta fase.

- **Fase Ativa:** As contrações aumentam, e a dilatação uterina apresenta de 04 a 08 cm. Aumentam as dores. Fase para **procurar o serviço de saúde.**
 - **Fase de transição:** Contrações são intensificadas até a dilatação completa (10 cm), o feto desce mais e você pode apresentar dor mais intensa.
 -
- **Expulsão:** inicia-se com a dilatação completa do colo do útero (10 cm) e termina com a expulsão fetal. Este período dura em média até 60 minutos. Pode ser acompanhado de esforços involuntários, os **puxos** (VONTADE DE FAZER FORÇA).
- **Dequitação:** terceiro período clínico do parto, que é a saída completa da placenta. As contrações uterinas são indolores. Nesta fase fique atenta para o risco de hemorragia.
- **Greenberg:** Quarto período clínico do parto, com início após a saída da placenta e estende-se pelas primeiras 01 ou 02 horas após o parto. É um período de risco materno. Fique atenta nesta fase também para a possibilidade de grandes hemorragias.



6. O QUE É O PUERPÉRIO?

- É o período que se inicia logo após o parto, de duração imprecisa (ZIEGEL; CRANLEY, 1985). Popularmente conhecido como **resguardo ou quarentena** (por ter duração média de 40 a 45 dias);
- Período de adaptação fisiológica do corpo da mulher;
- Marca o estabelecimento da lactação;
- Fase de adaptação psicológica da mãe;
- Início da relação mãe-filho e familiares;
- Fase em que o útero volta ao tamanho normal.



6.1. Quais são os objetivos da consulta de puerpério?

- Verificar a saúde da mulher após o parto;
- Avaliar como está a amamentação;
- Observar comportamento da mãe/pai em relação ao seu filho;
- Orientar a puérpera para completar a vacinação antitetânica no caso de ter iniciado tardiamente;
- Orientar sobre o planejamento familiar e os cuidados com o recém-nascido.

7. QUAL A IMPORTÂNCIA DA AMAMENTAÇÃO?

- ✓ O leite materno é o melhor e o mais completo alimento para o seu bebê. Ele está sempre pronto, na temperatura certa e não custa nada;
- ✓ Ajuda na redução do peso após o parto;
- ✓ Ajuda o útero a voltar ao tamanho normal, diminuindo o risco de hemorragia e anemia;
- ✓ Reduz o risco de, no futuro, ter diabetes e câncer de mama.
- ✓ Amamentar transmite amor e carinho, além de evitar doenças como diarreia, pneumonia e alergias.

Observação importante: Não existe leite fraco, amamente sempre que o bebê tiver fome. Quanto mais seu bebê mamar, mais leite você vai ter.



REFERÊNCIAS

LOWDERMILK, D. L. Fatores e processos do parto e nascimento. In: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**, 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MAMEDE, F.V. et al. Períodos clínicos do parto: parir e nascer no cenário hospitalar. In: SILVA, I. A.; SOUZA, K. V.; SOUZA, I. E. O. (Org.). **Programa de atualização em enfermagem - PROENF: saúde materna e neonatal**. Porto Alegre: Artmed; Panamericana, 2009.

ZIEGEL, E.; CRANLEY, M. **Enfermagem obstétrica**. Rio de Janeiro: Interamericana. 8. ed., 1985.

BELO HORIZONTE, Prefeitura. **BH Pelo Parto Normal: Ajude a nascer esta ideia**. Belo Horizonte.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta cartilha facilitará o relacionamento entre a equipe de enfermagem e a mulher durante o ciclo grávido-puerperal, contribuindo para o estabelecimento do vínculo do binômio mãe-filho, na medida em que este instrumento direciona as orientações, tornando-as mais interessantes e estimulantes.

Ademais, a participação dos profissionais de enfermagem da unidade nesse projeto possibilitará a aquisição de conhecimentos e a troca de experiências sobre a importância do parto normal e do aleitamento materno.

Acreditando que nenhum conhecimento é estático, a cartilha poderá ser modificada a partir das experiências das mulheres e familiares com este instrumento. Uma nova cartilha poderá ser construída a partir de sugestões e de dúvidas que não sejam esclarecidas nesta que estamos propondo.

REFERÊNCIAS

- BENUTE, G. R. G. et al. Preferência pela via de parto: Uma comparação entre gestantes múltiparas e primíparas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.35, n.6, p.281-285. 2013.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no Setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS; 2008b.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Contagem Populacional. Disponível em: <>. <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=171650&search=|pedro-afonso>. Acesso em: fev. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006 – relatório**. Brasília: MS; 2008a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes gerais e operacionais da Rede Cegonha**. Brasília, [2011?]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082. Acesso em: fev. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.
- BRENES, A.C. História da Parturição no Brasil, Século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.7, v.2, p. 135-149, abr/jun, 1991.
- COSTA, A. P. et al. Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepção de puérperas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 548-554. 2011.
- DUARTE, S.J.H.; ANDRADE, S.M.O. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v.17, n.2, p.132-139, jun. 2008.
- DUARTE, S.J.H.; ANDRADE, S.M.O. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v.17, n.2, jun. 2008.
- DUARTE, S. J. H. Representação Social da gestante residente no Marabá a respeito do pré-natal. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – UFMS, Campo Grande, 2006.
- LEAO, M. et al. **Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.8, pp. 2395-2400. ISSN 1413-8123.
- MARTINS, L.A.; SILVA, L.W.S.; NUNES, E.C.D.; AGUIAR, A.C.S.; NASCIMENTO, I.G.M. Procurando caminhos para humanização do parto: um olhar no estado da arte. **Rev. Integrativa em Saúde e Educação**, v.1, n.1, p. 51-59, 2010. Disponível em: <http://www.ufrb.edu.br/revise/index.php/edicoes/1o-edicao>

MUNIZ, B. M. de V. ; BARBOSA, R. M. Problematizando o Atendimento ao Parto: Cuidado ou Violência?, In: **Memorias Convención Internacional de Salud Pública**, 2012, Cuba Salud. Habana dez. 2012.

MUNIZ, B. M. de V. **A Experiência do Parto na Voz das Mulheres**. 2013. 94f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social - EICOS, 2013.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.651-657, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (MS), **Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático**. Genebra: OMS, 1996.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 14, Supl. 1, p. 25-32, 1998.

PEREIRA, A. C. et al. Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepção de puérperas. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Universidade Federal de Fortaleza v. 12, n. 3, p. 548-554, jul., 2011. Fortaleza, Brasil Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027976014>

SERRUYA, S. J. **A Experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. 2003. 148 f. Tese (Doutorado em Tocoginecologia) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

ZAMPIERI, M. F. M. **Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências**. 2006. 437 f. Tese (Doutorado em Filosofia, Saúde e Sociedade) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

ZAMPIERI, M. F. M. Enfocando a concepção e a gestação em uma perspectiva histórica e social. **Nursing**, n. 37, ano 4, jun. 2001.