

Guidelines during low-risk prenatal care for a humanized delivery: a comparative study between two Family Health Units

| Orientações no pré-natal de baixo risco acerca do parto humanizado: um estudo comparativo entre duas Unidades de Saúde da Família

ABSTRACT | Introduction: *Brazil has established public policies regarding low-risk prenatal care coverage. However, guidelines fail to fully cover humanized vaginal delivery. Objective:* *To compare the guidelines provided by nurses of two Family Health Units during the low-risk prenatal care regarding humanized vaginal delivery. Methods:* *This descriptive, cross-sectional and quantitative study was conducted in Vitória de Santo Antão, Pernambuco. Data were collected through a structured questionnaire between January and March 2016, involving 47 pregnant women enrolled at low risk prenatal care offered by the Bela Vista and Maranhão Family Health Units. Results:* *70.8% of women at the Family Health Unit of Maranhão and 12.5% at Bela Vista reported that they did not receive antenatal guidance. 41.8% in the Family Health Unit of Bela Vista and none in Maranhão received more than three guidelines about humanized vaginal delivery and none received more than three. However, regarding the preference of birth route, it was found that 69.5% of the pregnant women of the Family Health Unit of Maranhão preferred the humanized vaginal delivery, against 66.6% of Bela Vista. Conclusion:* *Guidelines on humanized vaginal delivery were not a defining factor for the choice of the delivery route, since the Unit of Maranhão does not promote conversation circles among pregnant women and was the one that presented the highest prevalence of choice for the Vaginal delivery.*

Keywords | *Prenatal Care; Humanizing Delivery. Family Health Strategy.*

RESUMO | Introdução: o Brasil possui políticas públicas sedimentadas quanto à cobertura da assistência ao pré-natal de baixo risco. Além disso, apresenta um déficit nas orientações, principalmente relacionada ao parto vaginal humanizado. **Objetivo:** comparar entre duas Unidades de Saúde da Família as orientações ofertadas pelo enfermeiro durante o pré-natal de baixo risco sobre a assistência ao parto vaginal humanizado. **Métodos:** estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa, realizado em Vitória de Santo Antão, Pernambuco. A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário estruturado, nos meses de janeiro a março de 2016 e teve como amostra 47 gestantes vinculadas ao pré-natal de baixo risco nas Unidades de Saúde da Família da Bela Vista e do Maranhão. **Resultados:** na Unidade de Saúde da Família do Maranhão, 70,8%, e, 12,5%, na Bela Vista referiram não receber orientações durante o pré-natal, e 41,8% na Unidade de Saúde da Família da Bela Vista e ninguém, no Maranhão, recebeu mais de três orientações acerca do parto vaginal humanizado e nenhuma recebeu mais de três. No entanto, quanto à preferência da via de parto, verificou-se que 69,5% das gestantes da Unidade de Saúde da Família do Maranhão preferiram o parto vaginal humanizado, contra 66,6% da Bela Vista. **Conclusão:** percebe-se que as orientações sobre o parto vaginal humanizado não foram um fator definidor para a escolha da via de parto, pois a Unidade do Maranhão não possui roda de conversa de gestante e foi a que apresentou a maior prevalência de escolha para o parto vaginal humanizado.

Palavras-chave | Cuidado Pré-Natal; Parto Humanizado; Estratégia Saúde da Família.

¹Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão/PE, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A gravidez é um momento na idade reprodutiva de grandes mudanças devido às adaptações físicas e emocionais¹. No tocante às modificações físicas, pode-se perceber que as gestantes buscam os serviços de saúde para iniciar a assistência ao pré-natal de baixo risco. As consultas de pré-natal são uma oportunidade para a formação do vínculo com o enfermeiro, como também desenvolver as consultas na perspectiva das orientações, promoção da saúde e avaliação dos fatores de risco².

No que concerne ao estado emocional, a gestação representa um período específico e que precisa de acompanhamento, pois as mulheres passam por muitas incertezas e inseguranças, principalmente relacionadas ao momento do parto³. Essas oscilações podem ser minimizadas com o fortalecimento das mulheres, por meio de orientações no pré-natal referentes ao parto humanizado. Com essas informações, espera-se desconstruir o imaginário das mulheres de que a cirurgia cesariana é a escolha mais segura para o binômio mãe-filho^{4,5}.

Diante do mito da disseminação da segurança e da ausência da dor na cesariana, o Brasil se tornou o líder mundial na sua realização, com taxa de incidência de 56% e, quando visto de forma isolada nas maternidades particulares, essa taxa ultrapassa os 85%⁶. No entanto, essas prevalências elevadas não se verificam em países que possuem políticas voltadas para o parto vaginal humanizado, como o Canadá, a Dinamarca e a Austrália⁷.

O Brasil, atualmente, possui políticas públicas sedimentadas quanto à cobertura da assistência ao pré-natal de baixo risco. Além disso, apresenta um déficit nas orientações relacionadas ao parto vaginal humanizado e pós-parto¹.

A falha nas orientações ocorre, principalmente, na atenção básica durante a realização do pré-natal de baixo risco e isso, possivelmente, acontece devido às metas mensais que precisam ser alcançadas pelo profissional de saúde. Ademais, o tempo da consulta torna-se curto e com isso, ocorre uma priorização a avaliação de aspectos físicos, ficando em segundo plano a abordagem de questões emocionais⁸.

Outro aspecto que é pouco explorado nas orientações do pré-natal refere-se ao modelo obstétrico vigente na maioria dos serviços brasileiros. As gestantes precisam

conhecer esse modelo hospitalocêntrico, o qual é pautado na passividade da mulher, em face da imposição médica de práticas intervencionistas desnecessárias. Esse modelo prima pela supremacia médica, favorecendo a ocorrência da violência obstétrica⁹.

A violência obstétrica se caracteriza pela negligência durante a assistência por qualquer forma de discriminação social, violência física e/ou verbal, como as grosserias, ameaças, gritos e humilhação intencional. Na assistência ao parto, a violência ocorre a partir das intervenções desnecessárias de rotina sem evidência científica¹⁰.

As práticas sem respaldo das evidências científicas são o grande problema da obstetria moderna, pois as intervenções desnecessárias, como a episiotomia, ocitocina, manobra de Kristeller, restrição alimentar e hídrica durante o trabalho de parto, puxo dirigido, incentivo ao decúbito dorsal e amniotomia artificial, favorecem o aparecimento de complicações para a gestante e o feto¹¹. Contudo, quando desconhecidas pelas gestantes, essas práticas podem desencadear trauma físico e emocional, promovendo uma experiência negativa à mulher, que pode passar a desvalorizar o parto vaginal⁹.

Nessa direção, o pré-natal pode favorecer o empoderamento da gestante para o parto normal consciente, a partir da atuação ativa do enfermeiro na atenção básica, o qual poderá desenvolver estratégias por meio de atividades de educação em saúde individuais e/ou coletivas. Essas ações visam fortalecer a autonomia para decisão quanto ao seu corpo e procedimentos que julguem corretos durante o parto normal^{4,5}.

O Ministério da Saúde reforça a importância das orientações serem trabalhadas no pré-natal, devido aos resultados benéficos na experiência do parto vaginal humanizado. A aquisição de informações pode proporcionar para as mulheres uma maior segurança e preparo para passar por essa experiência^{2,4}.

As principais orientações estão associadas ao que pode ser proporcionado durante o parto vaginal de baixo risco, como: oferecer líquidos via oral no trabalho de parto; avaliar o emocional das parturientes; elaborar o plano de parto, encorajar a gestante a não aderir à posição litotômica e atuar minimizando a dor proveniente das contrações uterinas, com utilização de métodos não farmacológicos, como a realização de técnicas de respiração, massagens e

relaxamento. Essas práticas são respaldadas por evidências científicas e são práticas preconizadas para humanização ao parto¹².

A humanização do parto e nascimento tem como premissa a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, a realização de intervenções baseadas em evidências e o estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, autonomia, buscando lidar com as dimensões espirituais, psicológicas e biológicas¹³.

As orientações ministradas no pré-natal buscam fortalecer as gestantes na identificação das intervenções desnecessárias no momento do parto vaginal. Esse empoderamento favorece o respeito à fisiologia do corpo, para diminuir o número de cesarianas sem justificativa; incentivar a liberdade de decisão da mulher; a privacidade e a presença de um acompanhante durante o parto¹⁴.

Essa fase de orientações e aprendizado caracteriza-se pelo fortalecimento da gestante, deixando-a segura sobre as mudanças fisiológicas que ocorrerão. Além disso, ajuda emocionalmente durante todo período da gestação e do parto. Portanto, as orientações ofertadas no pré-natal de baixo risco podem contribuir para que essas mulheres tenham uma postura ativa durante esses eventos⁴.

O estudo se justifica, pois no pré-natal de risco habitual o enfermeiro precisa empoderar as gestantes com orientações sobre a assistência ao parto vaginal humanizado de forma individualizada ou coletivamente, por meios de rodas de conversa. Assim, o presente estudo buscou comparar entre duas Unidades de Saúde da Família as orientações ofertadas pelo enfermeiro durante o pré-natal de baixo risco sobre a assistência ao parto vaginal humanizado. Apresentando como questão norteadora: quais as orientações no pré-natal de baixo risco, realizadas em duas unidades de saúde da família sobre a assistência ao parto vaginal humanizado e a via de preferência do parto?

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, comparativo e de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na Unidade Saúde da Família (USF) Bela Vista, que se divide em Bela Vista 1 e Bela Vista 2, e na USF do Maranhão do município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil.

Buscou-se realizar um comparativo entre a USF da Bela Vista, a qual foi escolhida, pois possui um projeto de extensão intitulado: saúde da mulher: ações para promover uma atenção integral na rede de cuidados, que desenvolve suas atividades por meio de rodas de conversa com gestantes, trabalhando o seu fortalecimento, a partir do conhecimento compartilhado sobre a importância do parto vaginal humanizado. O projeto é vinculado à Universidade Federal de Pernambuco, no campus Vitória de Santo Antão e a USF do Maranhão, a qual não possui um grupo de gestante institucionalizado, apenas a consulta de pré-natal de baixo risco.

A população-alvo abrangeu todas as gestantes cadastradas nas duas USF estudadas no pré-natal de baixo risco, totalizando 170, sendo 115 na USF da Bela Vista e 55 na USF do Maranhão. A amostra ocorreu de forma aleatória simples, realizada no programa WinPepi e constou de 26 na USF da Bela Vista e na USF do Maranhão foram 25. Houve 02 perdas na Bela Vista e 02 no Maranhão, totalizando 47 gestantes. Os dados foram coletados nos meses de janeiro a março de 2016.

Utilizou-se como critérios de inclusão ser gestante com 14 anos ou mais, cadastradas nas USF participantes do estudo; estar em acompanhamento pré-natal de baixo risco e estar no segundo e terceiro trimestre gestacional. Como critério de exclusão ser gestante com qualquer patologia neurológica ou alteração no estado físico, comportamental e/ou psicológico que impossibilitasse a comunicação e/ou preenchimento do instrumento de coleta.

A coleta dos dados foi realizada em uma sala privativa nas USF estabelecida por meio de questionário estruturado, elaborado pelos autores, que constou com questões sobre os dados sociodemográficos e orientações sobre práticas humanizadas no trabalho de parto e parto vaginal realizadas durante o pré-natal de risco habitual. O preenchimento do questionário durou em média dez minutos e ocorreu por meio da auxiliar de pesquisa, já devidamente capacitada por meio do teste-piloto.

Os dados foram processados no programa *Microsoft Excel* 2010 e analisados utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 13 (SPSS Inc., Chicago, IL, Estados Unidos da América, *Release* 16.0.2, 2008). Foi empregada a estatística descritiva.

A pesquisa respeitou a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹⁵ e foi realizada após a aprovação

do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco - CEP/UFPE (CAAE: 49805115.8.0000.5208) no dia 11 de dezembro de 2015. Utilizou-se o termo de assentimento para as gestantes adolescentes de 12 a 17 anos, para os pais ou responsáveis foi utilizado o termo de consentimento livre e esclarecido. As gestantes com 18 anos ou mais assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS|

Os dados referentes à caracterização das variáveis sociodemográficas, segundo as USF, podem ser vistos na Tabela 1.

A Tabela 2 retrata as orientações sobre o parto humanizado ministradas no pré-natal, segundo as USF estudadas. Os

Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas das gestantes das USF da Bela Vista e do Maranhão, Vitória de Santo Antão/PE, 2016

Variáveis	N	%	N	%
Idade				
15 - 20 anos	5	21,0	8	34,7
21 - 26 anos	10	41,6	8	34,7
27 - 31 anos	6	25,0	5	22,0
32 - 37 anos	2	8,3	2	8,6
38 - 43 anos	1	4,1	0	0,0
Total	24	100,0	23	100,0
Escolaridade				
0 ano de estudo	1	4,1	1	4,5
4 - 7 anos de estudo	5	21,0	13	56,5
9 - 10 anos de estudo	3	12,5	3	13,0
11 anos de estudo	13	54,1	6	26,0
12 ou mais	2	8,3	0	0,0
Total	24	100,0	23	100,0
Renda Mensal Familiar				
Até 01 SM*	15	62,5	15	65,4
Até 02 SM*	5	20,8	4	17,3
Até 03 SM*	1	4,2	1	4,3
Menor que 01 SM*	3	12,5	3	13,0
Total	24	100,0	23	100,0
Cor				
Branca	8	33,4	8	34,8
Negra	1	4,1	5	21,8
Parda	12	50,0	10	43,4
Amarela	3	12,5	0	0,0
Total	24	100,0	23	100,0
Estado Civil				
Casada	10	41,7	4	17,4
Solteira	9	37,5	7	30,5
Viúva	1	4,1	0	0,0
União estável	4	16,7	12	52,1
Total	24	100,0	23	100
Profissão				
Doméstica	8	33,3	15	65,4
Desempregada	5	21,0	3	13,0
Assalariada	9	37,5	3	13,0
Autônoma	1	4,1	1	4,3
Outros	1	4,1	1	4,3
Total	24	100,0	23	100,0

Tabela 2 - Distribuição das orientações do pré-natal de baixo risco nas unidades de saúde da família da Bela Vista e do Maranhão. Vitória de Santo Antão/PE, 2016

Variáveis	N	%	N	%
Orientações no pré-natal de baixo risco				
Nenhuma	3	12,5	17	70,8
Direito ao acompanhante	3	12,5	5	20,8
Escolha do local do parto	0	0,0	1	8,4
Medidas não farmacológicas de alívio da dor	1	4,1	0	0,0
Informações aos familiares	3	12,5	0	0,0
Direito ao acompanhante e, escolha do local do parto.	1	4,1	0	0,0
Direito ao acompanhante, escolha do local do parto e via de parto.	3	12,5	0	0,0
Diversos*	10	41,8	0	0,0
Total	24	100,0	23	100,0

(*) As gestantes que receberam mais de três orientações, foram classificadas como diversos.

Tabela 3 - Distribuição da preferência da via de parto das gestantes de acordo com as unidades de saúde da família da Bela Vista e do Maranhão. Vitória de Santo Antão, 2016

Variáveis	N	%	N	%
Participaram do Projeto*				
Parto Vaginal Humanizado	8	66,6	-	-
Cirurgia Cesárea	4	33,4	-	-
Total	12	100,0	-	-
Não Participaram do Projeto				
Parto Vaginal Humanizado	7	58,4	16	69,5
Cirurgia Cesárea	5	41,6	7	30,5
Total	12	100,0	23	100,0

(*) Apenas a Unidade da Bela Vista possui a roda de conversa de gestantes.

resultados mostraram que na USF, que possuía a roda de conversa institucionalizada, as gestantes receberam mais de três orientações sobre as práticas humanizadas no parto vaginal. No entanto, na unidade do Maranhão encontrou-se um maior quantitativo de gestantes que referiram não ter recebido informação no pré-natal.

Quanto à escolha da via de parto, observou-se que a participação na roda de conversa de gestantes não foi um fator definidor para a escolha da via de parto, pois a Unidade do Maranhão não possui grupo institucionalizado e foi a que apresentou a maior preferência pela modalidade do parto vaginal humanizado. Tal achado pode ser visto na Tabela 3.

DISCUSSÃO |

Observou-se, a partir da caracterização do perfil sociodemográfico, que prevaleceram as faixas etárias entre os 21 e 26 anos na Unidade da Bela Vista e, no Maranhão, houve duas categorias com o mesmo percentual, de 15 a 20 anos e de 21 a 26 de idade. Tais achados mostraram estar de acordo com o estudo, realizado em São Paulo, com gestantes de uma USF, o qual apresentou que a maioria tinha entre 21 e 25 anos, com 34%, seguida pelas adolescentes com 27%¹⁶.

A variação da idade de 15 a 26 anos corrobora com a estimativa mundial de que, em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, em média, por ano, 16 milhões de

adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos já possuíam filhos. Já nos países desenvolvidos, verifica-se que a faixa etária para o primeiro filho aumenta, em média, para 29,6, 28,3 e 25,2 anos, respectivamente, para o Canadá, a Suécia e os Estados Unidos¹⁷. A gestação, quando ocorre no final da adolescência e início da fase adulta, favorece um menor nível de escolaridade, dificuldade de inserção em empregos com altos rendimentos e ainda divisão do tempo com os afazeres domésticos¹⁸.

Quanto à escolaridade, verificou-se que na Unidade Bela Vista, a maioria das gestantes apresentou o ensino médio completo, estando em consonância ao estudo, realizado em Maringá-PR, por meio de análises de prontuários, com puérperas que realizaram o parto vaginal ou cesáreo, no qual 65,9% das gestantes possuíam o ensino médio completo. No entanto, mesmo estando em realidades diferentes do Brasil, observa-se uma melhora no acesso à educação pela população¹⁹.

Na unidade do Maranhão, as gestantes estavam cursando o ensino fundamental, o que corrobora com resultados do estudo transversal quanti-qualitativo realizado no município do Vale do Taquari, no qual se verificou maior prevalência de mulheres que não tinham concluído o ensino fundamental com 37%²⁰. Provavelmente, tal fato possa ser explicado em razão da desigualdade social, pois dentro de uma mesma cidade, encontram-se realidades sociais diferentes.

No tocante à renda mensal familiar, as gestantes das Unidades Bela Vista e do Maranhão apresentavam renda de um salário mínimo. Tal achado se contrapõe ao estudo realizado no Rio Grande do Sul, no qual mostrou que as mulheres apresentavam entre um e três salários mínimos de renda mensal. Contudo, é válido ressaltar que o estudo foi realizado na região Sul do Brasil, a qual apresenta um maior desenvolvimento econômico e industrial, quando comparada com a região do nordeste²¹.

Dessa forma, pode-se verificar que as gestantes analisadas estão inseridas em um grupo com inserção social desfavorecida. Portanto, não permitindo generalizar os dados encontrados neste estudo para gestantes de outros níveis sociais.

Quanto ao estado civil, destacou-se maior porcentagem de casadas na Unidade da Bela Vista e no Maranhão em união estável. Tais fatos podem estar associado à necessidade

de um apoio, encontrado no(a) companheiro(a), pois a gestante poderá apresentar demandas físicas, emocionais e financeiras.

No tocante ao financeiro, muitos casais buscam a união estável, pois suprimem os procedimentos burocráticos e financeiros que envolvem um casamento perante a lei e a sociedade. Os trâmites relacionam-se aos documentos necessários para o casamento no civil e aos gastos referentes à igreja e à festa do casamento²⁰.

No que se refere à raça/cor, o estudo transversal realizado no município do Rio de Janeiro verificou que as gestantes eram brancas 25,5%, o que difere das gestantes da Bela Vista e Maranhão, que apresentaram predominância da cor parda²². Diante disso, é importante inferir que as variáveis localidade do estudo e a forma de colonização regional podem influenciar os resultados, tendo em vista que a região sul é composta por uma população predominantemente da cor branca e, o nordeste, a parda²³.

Esse achado é encontrado nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁴, mostrando que, na região Sul, a porcentagem de negros e pardos foi de 23,1%. Já no Nordeste verificou-se a prevalência de 65,7%. Nesse sentido, é válido inferir que devido à miscigenação no Brasil a variável cor apresenta particularidades nas localidades do Brasil que precisam ser levadas em consideração.

Os resultados encontrados quanto à profissão mostraram que, na unidade da Bela Vista, as gestantes eram assalariadas e, no Maranhão, consideraram-se “do lar”. Os achados demonstram que mesmo havendo diferença quanto à profissão, não foi observada diferença na parte financeira (renda mensal familiar) entre as gestantes das USF, mesmo a Bela Vista sendo mais central do que o Maranhão.

Dessa forma, esses resultados apresentam conformidade para a USF Bela Vista, como verificado no estudo exploratório e quantitativo realizado no Rio de Janeiro, o qual encontrou que 33,8% das gestantes eram donas de casa. Tal achado pode ser explicado, pois as mulheres abdicam de uma carreira profissional ou não conseguem inserção no mercado de trabalho, com isso ficam responsáveis pelas tarefas domésticas e educação dos filhos⁸.

No tocante às orientações no pré-natal de baixo risco, verificou-se na unidade Bela Vista uma maior prevalência de gestantes orientadas acerca das práticas humanizadas.

Já no Maranhão, as gestantes declararam não ter recebido nenhuma orientação. Esses resultados podem ser explicados em razão da unidade da Bela Vista possuir uma roda de conversa que ministra orientações sobre a assistência ao parto vaginal humanizado, como forma de incentivar, orientar e empoderá-las para um possível parto vaginal consciente e respeitoso.

Ainda sobre as práticas humanizadas, verificou-se, no estudo realizado com profissionais de saúde, que mais de 90% relataram que as gestantes eram orientadas por eles sobre as questões que envolvem o parto. As orientações tinham como finalidade empoderá-las a identificar os procedimentos intervencionistas desnecessários, as violências obstétricas e, assim, terem atitudes diante dos problemas identificados²¹.

Outro ponto relevante foi encontrado no estudo qualitativo realizado em Parnamirim, no Rio grande do Norte, verificou que 75% dos enfermeiros destacaram a importância das orientações acerca o trabalho de parto. Esse empoderamento na gestação fortalece a escolha consciente da via de parto²⁵.

No que concerne à preferência pela via de parto vaginal ou à cirurgia cesariana pelas gestantes, foi constatado que na Bela Vista, tanto as gestantes que participaram da roda de conversa quanto as que não participaram, optaram pelo parto vaginal humanizado. Na Unidade do Maranhão, mesmo não tendo um grupo específico para gestantes que aborde a temática estudada, foi observada uma alta prevalência 69,5% para o parto vaginal humanizado.

Quanto à escolha da via de parto, verificou-se que as gestantes com menor grau de escolaridade e com situação socioeconômica desfavorável, não possuíam escolha, pois as que pariram por via vaginal no Hospital de referência do Sistema Único de Saúde da região estudada poderão ter a assistência medicalizada, permeada de intervenções desnecessárias e violências obstétricas. Diante dessa realidade, torna-se necessária uma reestruturação do modelo assistencial que repercutirá positivamente na prestação dos serviços pautado no acolhimento e atendimento humanizado desde a admissão até a alta hospitalar²⁶.

Em contrapartida, autores afirmam que as mulheres com maior poder aquisitivo, nível de escolaridade mais alto e se autodeclaradas brancas optam pela cirurgia cesariana. Pode-se inferir que esses dados são reflexos do modelo

intervencionista medicalizado, emergente da década de 1960, que promove a gestação e o parto como um processo que pode dar defeito e complicar, com isso precisa ocorrer no hospital e sendo o médico o protagonista, favorecendo o uso de práticas desnecessárias¹⁴.

Portanto, uma maneira eficiente de reduzir as altas taxas de cirurgias cesarianas é promover a inserção do(a) enfermeiro(a) obstétrico nas salas de parto e centro de parto normal. Essa atitude já é sedimentada em países desenvolvidos, como a Holanda, e essa atitude favoreceu a diminuição das cesarianas, fortaleceu as práticas humanizadas e reduziu a mortalidade materno-infantil²⁷.

CONCLUSÃO |

Quanto às orientações ministradas durante o pré-natal sobre o parto vaginal humanizado entre as USF estudadas, constatou-se que a unidade da Bela Vista apresentou um maior grau de informação em comparação com as gestantes do Maranhão que relataram não ter recebido informação no pré-natal.

No tocante à escolha da via de parto, observou-se que a participação na roda de conversa não foi um fator definidor para a escolha da via de parto, pois as USF de Bela Vista e do Maranhão, independentemente da roda de conversa, optaram pelo parto vaginal humanizado. Esse achado se torna relevante, pois pode direcionar a realização de estudos científicos que busquem saber o que levaram as gestantes a escolherem o parto vaginal em detrimento da cesariana, mesmo não recebendo informação no pré-natal.

Esses resultados apontam para a necessidade de desenvolvimento de estratégias das equipes de saúde da família para implementação de rodas de conversa sobre o parto vaginal humanizado, favorecendo o empoderamento e o protagonismo da mulher na hora do parto. Nessa perspectiva de implementação de ações educativas, deve-se enfatizar o papel do enfermeiro no pré-natal, como promotor de atividades de educação em saúde, visando fortalecer a mulher para uma escolha consciente no pré-natal, bem como para identificação de situações de violência obstétrica e encorajamento para intervir nesses casos.

Sugere-se a realização de outros estudos transversais e longitudinais que comparem as diferentes realidades

brasileiras, como também o desenvolvimento de pesquisas qualitativas, com as puérperas acerca de sua vivência no parto vaginal e das possíveis diferenças entre as que tiveram orientações e as que não receberam no pré-natal de risco habitual.

Por fim, foram levantadas algumas limitações do estudo, como a amostra regionalizada, não podendo inferir que as conclusões sejam aplicáveis em outras regiões brasileiras ou mesmo mundialmente. Além disso, as respostas foram fundamentadas no autorrelato das gestantes por meio de questionários autoaplicáveis, o que poderia ocasionar em viés de memória, fragilidade essa intrínseca a estudos transversais retrospectivos.

REFERÊNCIAS |

1. Ferreira AGN, Ribeiro MM, Dias LKS, Ferreira JGN, Ribeiro MA, Ximenes Neto FRG. Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. 2013; 7(5):398-405. Disponível em: URL: <http://www.repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/5642/1/2013_art_agnerferreira2.pdf>. Acesso em: 12 maio 2016.
2. Matos DS, Rodrigues MS, Rodrigues TS. Atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia de saúde da família em município de Minas Gerais. *Enferm Rev.* 2013; 16(1):18-33.
3. Vieira SM, Bock FL, Zocche AA, Pessota CU. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. *Texto Contexto - Enferm.* 2011; 20(nº esp.):255-62.
4. Teixeira IR, Amara RMS, Magalhães SR. Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher. *e-Scientia.* 2010; 3(2):26-31.
5. Silva EP, Lima RT, Ferreira NLS, Costa MJC. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2013;13(1):29-37.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS [Internet]. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 22 mar 2016]. Disponível em: URL: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf>.
7. Costa e Silva SP, Prates RCG, Campelo BQA. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam a escolha da gestante. *Rev Enferm UFSM.* 2014; 4(1):1-9.
8. Spindola T, Penna LHG, Progianti JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP.* 2006; 40(3):381-8.
9. Gomes ARM, Pontes DS, Pereira CCA, Brasil AOM, Morais LCA. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. *Revista Recien.* 2014; (4)11:23-7.
10. Barboza LP, Mota A. Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. *Rev Psicol, Divers Saúde.* 2016; 5(1):119-29.
11. Riesco MLG. Nascer no Brasil “em tempo”: uma questão de hierarquia das intervenções no parto? *Cad Saúde Pública.* 2014; 30 (Suppl.):S17-S47.
12. Matos DS, Rodrigues MS, Rodrigues TS. Atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família em um município de Minas Gerais. *Enferm Rev.* 2013; 16(1):18-33.
13. Versiani CC, Barbieri M, Gabrielloni MC, Fustinoni SM. Significado de parto humanizado para gestantes. *Rev Pesqui Cuid Fundam.* 2015; 7(1):1927-35.
14. Longo CSM, Andraus LMS, Barbosa MA. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. *Rev Eletr Enf.* 2010; 12(2):386-91.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União;* 13 jun 2013.
16. Neiva GA, Gomes LC. Avaliação da assistência pré-natal na percepção de gestantes atendidas em uma Unidade com Programa de Saúde da Família. *Saúde Coletiva.* 2008; 4(19):13-7

17. Silva JLCP, Surita FGC. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009; 31(7):321-5.
18. Fiorin PC, Oliveira CT, Dias ACG. Percepções de mulheres sobre a relação entre trabalho e maternidade. *Rev Bras Orient Profiss.* 2014; 15(1):25-35.
19. Nagahama EEI, Santiago SM. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(8):1859-68.
20. Weidle WG, Medeiros CRG, Grave MTQ, Bosco SMD. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? *Cad Saúde Colet.* 2014; 22(1):46-53.
21. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Pizol TSD. Qualidade do processo de assistência no pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de estratégia da família em um município do Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28(4):789-800.
22. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28:425-37.
23. Busanello J, Kerber NPC. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análises das práticas desenvolvidas em um centro obstétrico do Sul do Brasil. [dissertação]. Rio grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Censo Demográfico 2010 [acesso em 16 jul 2013]. Disponível em: URL: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>.
25. Carvalho IS, Costa Junior PB, Oliveira JBP, Brito RS. O pré-natal e o acompanhamento no processo parturitivo: percepção de enfermeiros. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2015; 17(2):70-7.
26. Nagahama EEI, Santiago SM. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2011; 11(4):415-25.
27. Gama SGN, Viella EF, Schilithz AOC, Theme Filha MM, Carvalho ML, Gomes KRO, Costa MCO, Leal MC. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil 2011-2012. *Cad Saúde Pública.* 2014; 30 (Supl. 1):117-27.

Correspondência para/ Reprint request to:

José Flávio de Lima Castro

Rua Alto do Reservatório, S/N,

Vitória de Santo Antão/PE, Brasil

CEP: 55608-680

E-mail: flaviocastro20@hotmail.com

Submetido em: 21/09/2016

Aceito em: 26/01/2017