

## Análise do histórico obstétrico e acompanhamento do pré-natal da gestação atual em puérperas em uma Maternidade do Tocantins

*Analysis of the obstetric history and prenatal monitoring of the current pregnancy in postpartum women in a maternity hospital in Tocantins*

Antonio Matheus Santos Medrado<sup>1</sup>; Carla Cristina Chaves de Oliveira<sup>2</sup>; Camila Rodrigues de Melo Martins<sup>3</sup>; Eliane Cristina Souza<sup>4</sup>; Emmanuel Calisto da Costa Brito<sup>5</sup>; Elayne Carolyne Torres Pereira<sup>6</sup>; Leidiene Ferreira Santos<sup>7</sup>; Danielle Rosa Evangelista<sup>8</sup>

### RESUMO

**Introdução:** A principal finalidade da atenção ao pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. **Objetivo:** caracterizar as puérperas quanto ao histórico obstétrico e acompanhamento pré-natal na gestação atual. **Método:** Estudo quantitativo de corte transversal. Realizado no Hospital e Maternidade Pública Dona Regina Siqueira Campos, Palmas - TO. A população foi composta por 239 puérperas. **Resultados:** Dentre os partos anteriores, 87 deles foram cesarianos e 61 foram normais. Em relação aos nascidos vivos, 132 puérperas responderam possuir outros filhos vivos, com média de  $1,91 \pm 1,46$  nascidos vivos, dentre eles, 92,4% tinham de um a três filhos. Em relação ao perfil obstétrico atual encontrou-se que 11,8% tiveram seus recém-nascidos pré-termo e 88,2 % deles, a termo, sendo que, 53,1% entre as 37 a 39 semanas e 35,1% entre as 40 a 42 semanas. Cerca de 55% (132), não receberam nenhuma informação em relação ao parto durante todo o pré-natal. **Conclusão:** O presente estudo evidenciou-se a existência de fragilidades na atenção ao pré-natal, que apontam uma necessidade de aprimoramento ao cuidado na atenção às gestantes.

**Palavras-chave:** Saúde da mulher. Cuidado Pré-natal. Integralidade em saúde.

### ABSTRACT

**Introduction:** The main purpose of prenatal and puerperal care is to welcome the woman from the beginning of pregnancy, ensuring, at the end of pregnancy, the birth of a healthy child and the guarantee of maternal and neonatal well-being. **Objective:** to characterize the puerperal women regarding obstetric history and prenatal care in the current pregnancy. **Method:** Quantitative cross-sectional study. Held at the Hospital and Public Maternity Hospital Dona Regina Siqueira Campos, Palmas - TO. The population consisted of 239 postpartum women. **Results:** Among the previous deliveries, 87 of them were cesarean and 61 were normal. Regarding live births, 132 mothers reported having other live children, with an average of  $1.91 \pm 1.46$  live births, among them, 92.4% had one to three children. Regarding the current obstetric profile, it was found that 11.8% had their newborns preterm and 88.2% of them, at term, with 53.1% between 37 and 39 weeks and 35.1% between 40 to 42 weeks. About 55% (132) did not receive any information regarding childbirth during the entire prenatal period. **Conclusion:** The present study evidenced the existence of weaknesses in prenatal care, which indicate a need for improvement in care in the care of pregnant women.

**Keywords:** Women's health. Prenatal care. Health comprehensiveness.

<sup>1</sup> Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal do Tocantins (UFT).  
 Orcid:<https://orcid.org/0000-0002-3175-1961>

E-mail: [mmedrado7@gmail.com](mailto:mmedrado7@gmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeira pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, mestra em Ciências da Saúde (UFT).  
 Orcid:<https://orcid.org/0000-0002-2346-0961>

<sup>3</sup> Enfermeira pela ITPAC Porto Nacional.

<sup>4</sup> Biomédica, mestranda em Ciências da Saúde (UFT).  
 Orcid:<https://orcid.org/0000-0003-1884-7755>

<sup>5</sup> Enfermeiro pela (UFP), mestre em Ciências da Saúde (UFT).

Orcid:<https://orcid.org/0000-0003-1959-9343>

<sup>6</sup> Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Tocantins (UFT).

<sup>7</sup> Enfermeira, doutora em Ciências da Saúde (UFG), docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Tocantins.  
 Orcid:<https://orcid.org/0000-0002-2969-6203>

<sup>8</sup> Enfermeira, doutora em Enfermagem pela (UFC), docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Tocantins.  
 Orcid:  
<https://orcid.org/0000-0002-4472-2879>

## 1. INTRODUÇÃO

Conforme o Ministério da Saúde (MS), a principal finalidade da atenção ao pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. A realização do pré-natal representa papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante<sup>1</sup>.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mortes e doenças relacionadas à gravidez ainda estão inaceitavelmente elevadas. Em 2015, cerca de 303.000 mulheres morreram de causas relacionadas à gravidez, 2,7 milhões de bebês morreram durante os primeiros 28 dias de vida e 2,6 milhões de bebês nasceram mortos<sup>2</sup>.

Dessa forma, uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; possibilitando acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que contemplam todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco<sup>1</sup>.

De acordo com a OMS as complicações que podem colocar a vida da mulher em risco ocorrem em cerca de 15% das gravidezes, e todas estas mulheres necessitam de cuidados imediatos. A maioria das complicações não podem ser previstas, mas os profissionais podem ajudar as mulheres e suas famílias a se prepararem para as mesmas<sup>3</sup>.

Diante deste exposto, em meados dos anos 80 a Organização Mundial da Saúde (OMS) em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e outras entidades governamentais e não governamentais, tem se mobilizado no sentido de mudar este panorama, para tal, iniciaram um movimento de revisão das práticas no campo obstétrico e propuseram mudanças no modelo assistencial, apontado como iatrogênico e inadequado às necessidades das mulheres. Destacam-se como conquistas nesse processo a criação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, em 1993; em 2000 a criação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN); em 2001 o lançamento do manual Parto, Aborto e Puerpério - Assistência Humanizada a Saúde da Mulher e mais recentemente, em 2011, a criação da Rede Cegonha<sup>4</sup>.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi criado com a finalidade de incentivar um atendimento obstétrico integral, garantir os direitos de escolha

---

da mulher, objetivando uma melhor organização da assistência e ampliação do acesso a mulher a um atendimento com qualidade. O programa possibilitou ainda, discussões necessárias a respeito das mudanças nas condutas implementadas no ciclo gravídico puerperal<sup>5</sup>.

Com a implantação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (PNH), cujos princípios teóricos metodológicos eram: a transversalidade, a inseparabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos e coletivos, ampliou-se o campo da assistência hospital para todos os serviços de atenção à saúde<sup>6</sup>.

Em 2011, através da portaria 1459, o Ministério da Saúde institui a Rede Cegonha, visando assegurar a mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada a gravidez, ao parto e ao puerpério, e a criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudável<sup>7</sup>.

A proposta da OMS não é eliminar intervenções realizadas no parto, mas reduzi-las apenas às situações em que a necessidade é comprovada, uma vez que, o atual modelo de atenção ao parto e ao nascimento hospitalar estaria abusando de práticas prejudiciais à saúde da mulher e do bebê<sup>8</sup>.

Nessa nova perspectiva, ocorre a reinvenção do parto. O parto humanizado possibilita a criação de novas possibilidades de imaginação, de exercício de direitos, de viver a maternidade, a sexualidade, e enfim, a possibilidade de reviver o parto como uma experiência humana, onde antes só havia a possibilidades de escolha da cesárea como parto ideal e vitimização da violência no parto e pouquíssimo, ou nenhum, protagonismo da mulher<sup>9</sup>.

Portanto, os objetivos de uma maternidade segura serão alcançados não só com mudanças no acesso e na oferta de serviços, mas principalmente com o empoderamento das mulheres sobre seus direitos, assegurando que esses sejam respeitados, incluindo o seu direito a serviços e informações de qualidade durante e depois do parto.

*“As condutas desnecessárias e arriscadas são consideradas violações do direito da mulher à sua integridade corporal; a imposição autoritária e não informada desses procedimentos atenta contra o direito à condição de pessoa, e a crise de acesso, com a peregrinação das mulheres por leitos, viola o direito das mulheres à equidade e à assistência”<sup>10</sup>.*

Em um estudo desenvolvido por Gulinelli e colaboradores<sup>11</sup>, identificou-se que a informação diminui o sentimento de isolamento do paciente, o que facilita a cooperação mútua entre ele e o médico. Demonstrou ainda, que a satisfação do mesmo está associada a quantidade e principalmente a qualidade da informação recebida e a possibilidade de participação no tratamento. A pesquisa destaca ainda como fator positivo a adequada relação de comunicação com a família do paciente.

Nesse sentido, o presente estudo objetivou caracterizar as puérperas quanto ao histórico obstétrico e acompanhamento pré-natal na gestação atual.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma pesquisa quantitativa, de corte transversal. Segundo Klein e Bosh<sup>12</sup> o estudo transversal ocorre pela observação direta de um número planejado de indivíduos em uma única oportunidade. Seguindo ensinamentos de Richardson<sup>13</sup>, a pesquisa quantitativa caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento dessas através de técnicas estatísticas, desde as mais simples até as mais complexas.

O estudo foi realizado no Hospital e Maternidade Dona Regina, localizado no município de Palmas - TO. A referida instituição foi escolhida por ser a referência para gestação de alto risco a toda região macro-região sul do Tocantins composta por 74 municípios com população de 781.077. Hospital tipo II de média e alta complexidade é ainda referência em atendimento de urgência e emergência gineco-obstétricas, alta complexidade em neonatologia, vítimas de violência sexual, e cirurgias eletivas ginecológicas. O mesmo realiza em média cerca de 400 partos mês, sendo realizados no ano de 2013, 4.968 partos dentre eles 2365 partos cesáreo, portanto, a referida instituição apresenta características adequadas para a execução da pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa foram puérperas, escolhidas aleatoriamente, que tiveram seus filhos no Centro Obstétrico do referido hospital. Foram incluídas na amostra as puérperas submetidas ao parto cesariano na instituição eleita como local. Foram excluídas da amostra as puérperas submetidas a cesárea por indicação eletiva ou de urgência, os casos de óbitos maternos/fetais e má formação fetal. Adotou-se como critério de exclusão a indicação eletiva ou de urgência porque tira o caráter surpresa da cirurgia, causando viés aos dados, bem como impossibilidade de coleta de dados pela pesquisadora. A adoção do

critério óbito materno ocorreu por impossibilitar a realização da entrevista com a puérpera e dos critérios óbitos fetais e má formação fetal por se tratarem de situações de vulnerabilidade para as mulheres.

Para determinar o tamanho da amostra foi aplicada a fórmula para cálculo de populações finitas.: Adotando-se coeficiente de confiança de 95%, prevalência de 50% e erro máximo permitido de 6%<sup>14</sup>.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N-1) + Z_{\alpha}^2 p \cdot q}$$

Onde:

n = Tamanho da amostra

$Z_{\alpha}^2$  = Coeficiente de confiança (95% - 1,96)

p = Percentual com o qual o fenômeno se verifica (50% - 0,5)

q = Percentual complementar (50% - 0,5)

N = Tamanho da população

$e^2$  = Erro máximo permitido (10% - 0,1)

O tamanho da amostra encontrada foi de 239 puérperas a serem entrevistadas.

A coleta de dados aconteceu através de entrevista e de análise documental, que ocorreu através de consultas ao prontuário. A entrevista segundo Haguete<sup>15</sup> é definida como um “processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”. Já a análise documental consiste em identificar, verificar documentos com uma finalidade específica e por isso a importância de preconizar fontes paralelas de informações para complementar e permitir a contextualização dos mesmos.

O período investigado compreendia em três meses consecutivos, porém foram necessários mais 3 meses para concluir o número de entrevistas definidas, ocorrendo assim, no período de outubro de 2014 a março de 2015. A coleta de dados se deu por meio de entrevista semi-estruturada, a qual abordou questões que caracterizam a puérpera, a indicação da cesariana, bem como o conhecimento da mulher sobre a indicação do procedimento obstétrico e também através da análise dos registros clínicos justificados nos prontuários para a sua indicação.

A coleta de dados aconteceu em um período de 24 semanas, sendo realizadas em média 10 entrevistas por semana respeitando a disponibilidade da pesquisadora, dessa forma, totalizaram-se, ao final do estudo 239 entrevistas.

As entrevistas aconteceram na área de alojamento conjunto do Hospital e Maternidade Dona Regina, após 12 horas do pós-parto, onde a puérpera foi abordada pela pesquisadora, no seu próprio leito, e esclarecida sobre os objetivos da pesquisa e sobre o termo de consentimento livre e esclarecido, quando a mesma estava fora do leito ou adormecida, a pesquisadora a procurou em outro momento. A entrevista teve duração de 15 minutos, variando de acordo com a necessidade de cada entrevistada, aconteceram após as 10 horas da manhã onde as principais atividades de rotina já tinham sido realizadas, para que a pesquisa não alterasse a rotina da instituição, alterando de acordo com a necessidade do hospital e principalmente da mulher.

A análise dos dados quantitativos realizada utilizou estatística descritiva simples (frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão) depois de serem organizados e processados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Para atender o objetivo de conhecer o entendimento das puérperas sobre a indicação da cesárea decidiu-se pela técnica de Análise de Conteúdo. A análise de conteúdo constitui-se como uma metodologia de pesquisa utilizada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos, auxiliando na reinterpretação das mensagens e na compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum.

No intuito de analisar o entendimento das puerperas sobre a indicação da cesariana as respostas encontradas foram classificadas em unidades de análise, categorizadas, descritas através de gráficos, quadros bem como computadas em frequência e percentuais.

Esta pesquisa respeitou os aspectos éticos da Resolução 466/ 2012 que estabelece princípios e diretrizes das pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo parecer nº 084/2014. Sendo assim, todas as puérperas selecionadas para integrarem ao estudo, mediante o aceite verbal, assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao observar o número de gestações anteriores das 239 puérperas entrevistadas, constatou-se que 148 puérperas tinham outras gestações com média  $2,1 \pm 1,59$  número de partos anteriores. Dentre os partos anteriores, 87 deles foram cesarianos e 61 foram normais. Em relação ao número de nascidos vivos, 132 puérperas responderam possuir outros filhos vivos, com média de  $1,91 \pm 1,46$  nascidos vivos, dentre eles, 92,4% tinham de

um a três filhos. Esta característica reprodutiva apresentada é a ideal, pois pari mais de quatro crianças aumenta o risco de saúde durante as gestações e os partos<sup>16</sup>.

Ao abordar se já tiveram aborto nas gestações anteriores, 44 puérperas com média de  $1,28 \pm 0,81$  relataram ter tido, e 86,4% tiveram somente um aborto. Dentre as 55 puérperas que relataram ter tido alguma intercorrência nas gestações anteriores, 23 (41,8 %) relataram ter tido aborto.

**Tabela 1 - Distribuição do número de mulheres internadas no Hospital e Maternidade Pública Dona Regina Siqueira Campos com relação aos seus antecedentes obstétricos. Outubro de 2014 a março de 2015. Palmas. TO.**

Variáveis	n	%
<b>Gestações anteriores</b> (n=148; $\bar{x}=2,1$ ; S=1,59)		
1 a 3 gestações	131	88,5
4 a 6 gestações	13	8,8
7 ou mais gestações	04	2,7
<b>Partos anteriores</b> (n=148; $\bar{x}=1,91$ ; S=1,46)		
Cesáreos	87	58,8
Normais	61	4,2
<b>Número de nascidos vivos</b> (n=132; $\bar{x}=1,91$ ; S=1,46)		
1 a 3 nascidos vivos	122	92,4
4 a 6 nascidos vivos	07	5,3
7 ou mais nascidos vivos	03	2,3
<b>Número de Abortos</b> (n=45; $\bar{x}=1,28$ ; S=0,81)		
1 aborto	38	84,4
2 abortos	04	8,9
Mais de 2 abortos	03	6,7
<b>Intercorrência nas gestações anteriores</b> (n=55)		
Aborto	23	41,8
Hipertensão arterial	14	8,9
Trabalho de parto pré-maturo	05	6,7
Outras	13	23,6

\*Outras representam as intercorrências que foram citadas, todavia com uma frequência absoluta e relativa reduzida

No Brasil o aborto representa a 4ª causa de morte materna. A maioria dos abortos espontâneos caracteriza-se como resultado de um feto com poucas chances de sobrevivência até o final da gravidez ou que não se encontra em desenvolvimento saudável. Algumas causas já conhecidas que podem provocar tal situação são: anomalias cromossômicas, baixos níveis de progesteronas, infecções e doenças bacterianas e virais. Outras causas podem estar associadas à idade da mãe, gestações em mulheres com mais de 40 anos, bem como doença autoimune, estresse e consumo exagerado de cigarros e outras drogas<sup>17</sup>.

**Tabela 2 - Distribuição dos dados obstétricos atuais das puérperas internadas no Hospital e Maternidade Pública Dona Regina Siqueira Campos. Outubro de 2014 a março de 2015. Palmas. TO.**

Variáveis	n	%
<b>Idade gestacional (n= 239; <math>\bar{x}</math> =38,5 S=3,86)</b>		
Menor que 37 semanas	28	11,8
37-39 semanas	127	53,1
40-42 semanas	84	35,1
<b>Acompanhamento do pré-natal (n=239)</b>		
Sim	238	99,6
Não	01	0,4
<b>Local de acompanhamento do pré-natal (n=238)</b>		
Rede pública	210	88,2
Rede privada	16	6,7
Rede suplementar	04	1,7
Rede pública e privada	07	2,9
Rede pública e suplementar	01	0,4
<b>Número de consultas (n=238; <math>\bar{x}</math> =9,44 S=5,24)</b>		
Menos que 07 consultas	84	35,3
7-10 consultas	96	40,3
Mais de 11 consultas	58	24,3
<b>Intercorrência na gestação atual (n=91)</b>		
Hipertensão	33	35,5
Infecção de urina	15	16,1
Sangramento	10	10,8
Outros	32	37,6

\*Outros representa outras intercorrências que foram citadas, todavia com uma frequência absoluta e relativa reduzida.

Em relação ao perfil obstétrico atual das puérperas entrevistadas encontrou-se que 11,8% tiveram seus recém-nascidos pré-termo e 88,2 % deles, a termo, sendo que, 53,1% entre as 37 a 39 semanas e 35,1% entre as 40 a 42 semanas. Em relação a idade gestacional ainda, verificou-se diferenças nas idades gestacionais registradas em alguns prontuários analisados, quando comparando o prontuário da puérpera aos do recém-nascido, sendo priorizado nessas situações as informações contidas nos prontuários da puérpera, tendo como referência a Ultrassonografia. Tal fenômeno é possível por ainda não existir um método de estimação de idade gestacional padronizado para todo o país, sendo utilizadas diversas fontes de informações e medidas<sup>18</sup>.

Ao serem questionadas sobre a realização do pré-natal, quase todas as puérperas, afirmaram ter realizado 99,6% (238 puérperas) delas, 88,2% na rede pública sendo que, 64,7 % tiveram mais de 6 consultas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (2006), com 24,4 % chegando a ter mais de 11 consultas durante todo pré-natal. O Ministério da Saúde preconiza, no mínimo, seis consultas durante o pré-natal, e que a primeira consulta de pré-natal-Natal seja realizada até 120 dias de gestação, sendo uma no primeiro trimestre

gestacional, duas no segundo trimestre, três no terceiro trimestre e uma, até 42 dias do puerpério<sup>19</sup>.

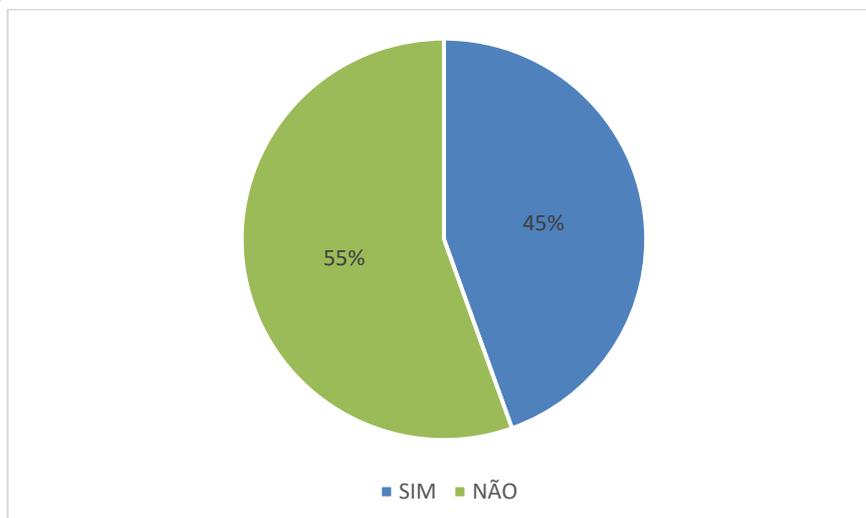
Ao comparar este estudo, ao realizado por Viellas et al.<sup>20</sup>, cuja a pesquisa contou com a participação de 23.840 puérperas e o objetivo era o de analisar a Assistência do pré-natal no Brasil, os resultados encontrados demonstram semelhanças na assistência ao pré-natal do Estado do Tocantins em relação a brasileira, visto que a pesquisa também traz uma elevada cobertura de assistência ao pré-natal, com 98,6% , que a maioria dos pré-natais foram realizadas em unidades públicas (74,65%) e que 73,1% tiveram seis ou mais consultas.

Entre as 239 puérperas entrevistadas, 91 delas responderam ter tido alguma intercorrência na gestação atual, sendo 35,5% delas hipertensão arterial, 16,1% infecção de urina e 10,8% sangramento.

A hipertensão gestacional é caracteriza pela elevação da pressão arterial durante a gravidez, ou nas primeiras 24 horas após o parto, sem outros sinais de complicações, como pré-eclâmpsia ou hipertensão preexistentes. Tais complicações ocorrem em cerca de 5% a 8% dos casos, e são grandes responsáveis pela morbimortalidade materna. Tal fenômeno, parece ser preditiva do desenvolvimento posterior de hipertensão essencial e tende a recorrer em gestações subsequentes<sup>21</sup>.

Na variável outros foram agrupados as outras intercorrências com frequência menor (de 1 a 4 eventos) tais como: perda de liquido, diabetes, toxoplasmose, descolamento de placenta e anemia entre outros.

**Gráfico 1 - Distribuição das orientações recebidas durante o pré-natal sobre parto relatadas por puérperas internadas no Hospital e Maternidade pública Dona Regina. Outubro de 2014 a marco de 2015.Palmas.TO**



Ao abordarem as puérperas entrevistadas sobre as orientações recebidas sobre parto durante o pré-natal, verificou-se que apesar do alto número de cobertura do pré-natal e de consultas recebidas, a maioria delas, cerca de 55% (132), não receberam nenhuma informação em relação ao parto durante todo o pré-natal. Esses resultados se assemelham aos encontrados por Hotimsky et al<sup>22</sup> e Oliveira et al<sup>23</sup>, onde a maioria das mulheres entrevistadas relataram não ter recebido qualquer orientação para o parto durante a gravidez.

Ações educativas devem ser realizadas durante todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal, mas o pré-natal é o momento propício para repassar informações para que a mulher possa viver o parto de forma positiva, evitando assim menos riscos de complicações puerperais. O pré-natal e o nascimento são momentos únicos na vida das mulheres, portanto os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores, compartilhando saberes e desenvolvendo a autoconfiança da mulher para viver o seu processo de gestação, parto e nascimento<sup>24</sup>.

**Tabela 3 - Distribuição das orientações recebidas durante o pré-natal relatadas por puérperas internadas no Hospital e Maternidade Dona Regina. Outubro de 2014 a março de 2015. Palmas.TO**

Variáveis (n= 106-100%)	n	%
Benefícios do parto normal	31	29
Diferenças entre os partos	18	17
Sinais do parto	13	12
Que o parto seria cesáreo	13	12
Atividades que facilitam o parto	7	7
Outros	24	23

\*Outros representa outras orientações que foram citadas, todavia com uma frequência absoluta e relativa reduzida.

Dentre as puérperas que receberam orientações durante o pré-natal, 31(29%) delas, relataram ter obtidos informações sobre os benefícios do parto normal, 18 (17%) delas, receberam informações sobre a diferença do parto normal para o parto cesáreo, 13 (12%) puérperas sobre os sinais de parto, outras 13 (13%) puérperas, ainda no pré-natal, recebeu a definição de que seu parto seria cesáreo e para 07 (7%) delas foram explicado quais atividades deveriam ser realizadas para facilitar o parto. O baixo quantitativo de orientações recebidas durante a assistência pré-natal evidencia o papel insuficiente do pré-natal na

preparação das mulheres para o parto. As orientações sobre as práticas que facilitam o parto de grande relevância para o preparo da mulher durante esse processo, representou a menor frequência, sendo priorizadas a definição precoce de que o parto seria cesáreo, reforçando o caráter biomédico da assistência.

No estudo realizado por Costa et al<sup>25</sup>, os resultados encontrados em relação as orientações recebidas pelas puérperas sobre o parto durante o pré-natal são ainda mais preocupantes, visto que, informações relacionadas especificadamente a contrações uterina e dor do parto são superiores aos demais aspectos do parto e nascimento.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre as principais dificuldades apresentadas que limitaram a execução deste estudo destacam-se: a falta de preenchimento adequado de prontuários clínicos, que limitou uma análise mais segura sobre as indicações das cesáreas, o número reduzido de trabalhos científicos sobre a temática, de referenciais teóricos sobre os critérios clínicos para realização da cesárea e principalmente o singularismo inerente ao processo do parto e nascimento.

Além disso, o presente estudo evidenciou-se a existência de fragilidades na atenção ao pré-natal, que apontam uma necessidade de aprimoramento do profissional enfermeiro voltado ao cuidado na atenção às gestantes, almejando identificar possíveis fatores diferenciais para a efetividade do cuidado ofertado no acompanhamento ao pré-natal.

Sugere-se que mais trabalhos sobre o processo de parto e nascimento sejam realizados, principalmente envolvendo a temática da cesariana e da importância da inclusão da mulher e de seus familiares na discussão da sua realização e que sejam produzidos mais referencias teóricos que possam dar subsidio, empoderamento e respaldo aos profissionais de saúde envolvidos no processo de partear sobre as situações as quais a cesariana realmente se faz necessária. Sugere-se ainda, pesquisas futuras e contribuições na área de Enfermagem, como por exemplo, elaboração e validação de material educativos sobre critérios de cesariana para empoderamento da mulher.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico: Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5, Brasília, 2006. Acesso em: 04 ag. 2021. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf)
2. World Health Organization (CH). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva:WHO; 2016. Acesso em: 04 ag. 2021. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf>  
» <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf>
3. Brasil. Organização Mundial de Saúde. Planejamento Familiar: Um manual global para profissionais e serviços de saúde. Brasília, 2007. Acesso em: 04 ag. 2021. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44028/9780978856304\\_por.pdf?sequence=6](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44028/9780978856304_por.pdf?sequence=6)
4. Pasche DF; Albuequeque VME; Martins CP. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. Tempus Actas de Saúde Coletiva. 2010;4:105-117. Acesso em: 04 ag. 2021. Disponível em <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/838>
5. Malheiros PA; Alvez VH; Rangel TSA; Vargens OMS. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. Texto and Contexto Enfermagem. 2012. Acesso em: 04 ag. 2021. Disponível em <https://www.scielo.br/j/tce/a/fCNNkHPTLqGMnZHSHpj9s6D/?lang=pt>
6. Barbosa, GC. et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais da saúde:revisão integrativa.Rev.Bras.Enferm. 2013. Acesso em: 04 ag. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Xft5GGxBgzdqDWtHthCS5GQ/?lang=pt>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 3ed, Brasília,2011. Acesso em: 04 ag. 2021. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF\\_Carta\\_Usuarios\\_Saude\\_site.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf)
8. Tornquist, CS. As armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. Estudos feministas, São Paulo, p.486, 2002. Acesso em: 04 ag. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/4mpSbNhnq5dV5kV6WT8Tc5J/?format=pdf&lang=pt>
9. Diniz, CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciênc saúde coletiva, v. 10, n. 3, p. 627-37, 2005. Acesso em: 04 ag. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYqJ6ssQ/?lang=pt>

- 
10. Diniz E. Governabilidade, governance e reforma do Estado: considerações sobre o novo paradigma. Rev. Serviço Público, v.47, nº2, 1996. Acesso em: 04 ag. 2021. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/693/533>
11. Gulinelli, A. et al. Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 50, n. 1, p. 41-47, 2004. Acesso em: 04 ag. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/FLbrjzS5g5zT89M5PTB78FR/abstract/?lang=pt>
12. Klein, CH; Bloch, KV. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, Roberto de A. et al. Epidemiologia. São Paulo; Atheneu. p.125-150, 2006. Acesso em: 04 Ag. 2021. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5062663/mod\\_resource/content/3/Cap\\_Epidemiologia%20Medronho%20Sec.%202.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5062663/mod_resource/content/3/Cap_Epidemiologia%20Medronho%20Sec.%202.pdf)
13. Richardson, RJ. **Pesquisa social:métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas,1999. Acesso em: 04 ag.2021. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3034822/mod\\_resource/content/1/Texto%20-%20Pesquisa%20social.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3034822/mod_resource/content/1/Texto%20-%20Pesquisa%20social.pdf)
14. Viegas W. Fundamentos lógicos da metodologia científica. 3. Ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2007.
15. Haguette TMF. Metodologias qualitativas na Sociologia. 5 edições. Petrópolis: Vozes, 1997.
16. Brasil. Medidas Vitais. Um Desafio de Comunicação. Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência – UNICEF; Organização Mundial de Saúde - OMS; Organização das Nações para Educação, Ciência e Cultura - UNESCO. Brasília: unicef/oms/unesco.1991.
17. Nery, IS. et al. Vivências de mulheres em situação de aborto espontâneo. Rev enferm UERJ, v. 14, n. 1, p. 67-73, 2006. Acesso em: 04 Ag. 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-14538>
18. Pereira, APE. et al. Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo nascer no Brasil. Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso), v.30, p. S59-S70,2014. Acesso em: 04 ag. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mdQJwcQXhMYGCZMBRhDM7Zp/?lang=pt>
19. Maeda TC. et al. Importância atribuída por puérperas às atividades desenvolvidas no pré-natal. Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde, v. 3, n. 2, 2014. Acesso em: 04 Ag. 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-26679>
20. Viellas EF, et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014. Acesso em:04 ag. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>

- 
21. Pascoal IF. Hipertensão e gravidez. Rev Bras Hipertensão, p.256-61. 2002. Acesso em: 04 ag.2021. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-3/hipertensaogravidez.pdf>
22. Hotimsky SN, et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 18, n. 5, p. 1303-1311, 2002. Acesso em: 04 ag.2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hsgDPkmH7n3d4BHQB69Tk3H/abstract/?lang=pt>
23. Oliveira SMJV, et al. Tipo de parto: expectativas das mulheres. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 10, n. 5, p. 667-674, Oct. 2002. Acesso em: 04 ag.2021. Disponível em: . <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000500007>.
24. Rios CTF; Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 477-486, Apr. 2007. Acesso em: 04 ag. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HDzzLTnLSG4KfLmTZxJRdbH/abstract/?lang=pt>
25. Costa AP, et al. Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepção de puérperas. Rev Rene, p548-554. 2011. Acesso em: 04 ag. 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-682136>