

Orientações sobre parto no pré-natal de alto risco nos serviços de saúde

Guidelines on high-risk prenatal delivery in health services

Orientación sobre el parto prenatal de alto riesgo en los servicios de salud

Juliana Carvalho Lourenço^I, Fabiana Fontana Medeiros^{II}, Mariana Haddad Rodrigues^{III}
Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari^{IV}, Deise Serafim^V, Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli^{VI}

Resumo: Objetivo: desvelar as orientações recebidas sobre parto durante o pré-natal de alto risco nos serviços de saúde à luz da teoria das representações sociais. **Método:** estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, tendo a Teoria das Representações Sociais como referencial teórico metodológico. A coleta de dados ocorreu entre outubro de 2017 e janeiro de 2018, em uma maternidade do norte do Paraná, durante a internação de 20 puérperas. Utilizou-se entrevista semiestruturada e análise de conteúdo temática. **Resultados:** emergiu-se a categoria: conhecimento elaborado frente as orientações em saúde para gestantes. O núcleo central configurou-se no cuidado direcionado à saúde da mulher e seu empoderamento no ciclo gravídico-puerperal. **Conclusão:** orientações em saúde foram similares nos dois níveis assistenciais, sendo direcionadas à saúde e bem-estar fetal. Foram identificadas situações de risco ao bebê nas urgências que poderiam resultar em um parto cesáreo prematuro e complicações ao conceito.

Descritores: Gravidez de alto risco; Serviços de saúde; Cuidado pré-natal; Educação em saúde, Saúde da mulher

Abstract: Objective: to unveil the guidance received on childbirth during high-risk prenatal care in health services in the light of Social Representations Theory. **Method:** an exploratory descriptive study with qualitative approach, with the Social Representations Theory as a methodological theoretical framework. Data collection occurred between October 2017 and January 2018, in a maternity hospital in northern Paraná, during the hospitalization of 20 puerperal women. Semi-structured interviews and thematic content analysis were used. **Results:** the category emerged: *Knowledge developed in the face of health guidelines for pregnant women*. The

^I Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina/UUEL. Londrina (PR) - Brasil. E-mail: julilou26@hotmail.com - ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7854-8074>

^{II} Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina/UUEL. Londrina (PR) - Brasil. E-mail: fontana.fabi@hotmail.com - ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7876-572>

^{III} Enfermeira. Pós-Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina/UUEL. Londrina (PR) - Brasil. E-mail: mari.tradu@gmail.com - ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8339-9760>

^{IV} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina/UUEL. Londrina (PR) - Brasil. E-mail: ropimentaferrari@uel.br - ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0157-7461>

^V Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá/UEM. Maringá (PR) - Brasil. E-mail: dserafim@hotmail.com - ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5681-8387>

^{VI} Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina/UUEL. Londrina (PR) - Brasil. E-mail: macielalexandrina@gmail.com - ORCID ID <https://orcid.org/0000-0002-0222-8821>

central nucleus was configured in care directed to women's health and their empowerment in the pregnancy-puerperal cycle. **Conclusion:** health guidelines were similar at both levels of care, being directed to fetal health and well-being. Risk situations to newborns were identified in the emergency room that could result in premature cesarean delivery and complications to the conceptus.

Descriptors: Pregnancy, high-risk; Health services; Prenatal care; Health education; Women's health

Resumen: Objetivo: dar a conocer las pautas recibidas sobre el parto durante la atención prenatal de alto riesgo en los servicios de salud a la luz de la teoría de las representaciones sociales. **Método:** estudio exploratorio descriptivo con abordaje cualitativo, con la Teoría de las Representaciones Sociales como marco teórico y metodológico. La recolección de datos se llevó a cabo entre octubre de 2017 y enero de 2018, en una maternidad del norte de Paraná, durante la hospitalización de 20 madres. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido temático. **Resultados:** surgió la categoría: *Conocimientos elaborados frente a guías de salud para gestantes*. El núcleo central se configuró en la atención dirigida a la salud de la mujer y su empoderamiento en el ciclo embarazo-puerperal. **Conclusión:** las pautas de salud fueron similares en los dos niveles de atención, dirigidas a la salud y el bienestar fetal. Se identificaron situaciones de riesgo para el bebé en emergencias que podrían resultar en un parto por cesárea prematuro y complicaciones para el feto.

Descriptor: Embarazo de alto riesgo; Servicios de salud; Atención prenatal; Educación en salud; Salud de la mujer

Introdução

A gestação é um fenômeno fisiológico que envolve mudanças dinâmicas, físico, social e emocional. No entanto, o período gestacional pode resultar em riscos tanto para a mulher quanto ao feto, assim como a própria característica da mulher pode apresentar em maior probabilidade para desfechos desfavoráveis, sendo consideradas gestantes de alto risco.¹

A atenção pré-natal destaca-se como fator essencial para saúde das mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Práticas realizadas de maneira adequada durante esse acompanhamento resultam em melhores desfechos maternos e perinatais. A realização de forma inadequada dessa assistência tem sido relacionada com altos índices de morbimortalidade materna e infantil.²

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, a assistência pré-natal deve partir de condutas acolhedoras, com desenvolvimento de ações educativas e preventivas, sem intervenções desnecessárias, com detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacional. A gestante tem o direito de estabelecer vínculo entre o local de realização do pré-

natal e a instituição que realizará o seu parto, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco, além da garantia de fácil acesso a serviços de qualidade.³

A Política Nacional de Humanização (PNH) tem proposto metodologias de atenção e gestão dos programas e estratégias existentes na saúde, prevendo a inclusão de todos os atores sociais envolvidos neste processo. No âmbito do nascimento, o programa de saúde Rede Cegonha propõe uma rede de cuidados que garanta assistência humanizada e de qualidade à mulher.⁴

Nos últimos anos, o Brasil teve um avanço importante relacionado a programas para saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal. No entanto, há lacunas à assistência gestacional a serem preenchidas, como a persistência da falta de visão integral sobre a saúde da mulher, que resulta na fragmentação das informações ou cuidados durante o pré-natal.⁵

No Brasil, entre os anos de 2009 e 2013, ocorreram 8.470 óbitos maternos, apresentando uma razão de mortalidade materna de 58.55 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos, por alguma causa relacionada à gestação e ao parto. Entretanto, 95% desses óbitos poderiam ser evitados se tivessem recebido assistência adequada.⁶

A educação em saúde, com orientações sobre cuidados e higiene, alimentação, modificações corporais, atividade sexual, atividade física, parto, cuidados com o recém-nascido e aleitamento materno, é importante para a gestante. Porém, em estudo recente, constata-se que a maioria das mulheres não recebe esse tipo de informação.⁷

Uma pesquisa de base hospitalar com 23.894 mulheres, entre 2011 e 2012, desvelou que as diferenças, segundo o tipo de serviço de saúde, público ou privado, não foram observadas após ajuste das características maternas. A inexistência de diferença revela que, ao eleger um critério de adequação global mínima, serviços públicos e privados demonstrariam o mesmo grau de adequação se atendessem pacientes com características sociais e econômicas similares.⁸

O conhecimento do senso comum sobre o acompanhamento pré-natal nos serviços privados sugere que esse cuidado, muitas vezes não segue as recomendações do Ministério da Saúde quanto ao número de consultas e ao que deve ser orientado durante o pré-natal. Vale ressaltar que a equipe multidisciplinar nesse tipo de serviço existe, porém, somente quando há indicação ocorre o encaminhamento pelo médico obstetra ou procura direta pela paciente.

Observa-se uma lacuna na prática profissional sobre as orientações essenciais, para que gestantes de alto risco estejam preparadas para enfrentar o momento do parto. Nesse sentido, há necessidade de compreender as orientações recebidas sobre esse momento no pré-natal de alto risco, nos diferentes serviços de saúde, para contribuição ao período do nascimento, o qual pode resultar em desfechos favoráveis ou não. O presente estudo teve por objetivo desvelar as orientações recebidas sobre parto durante o pré-natal de alto risco nos serviços de saúde à luz da teoria das representações sociais.

Utilizamos a Teoria das Representações Sociais por sua característica em relação à busca do conhecimento elaborado no fenômeno “orientações para o parto”, onde o grupo social de mulheres de alto risco pode almejar compreender o momento do nascimento durante o pré-natal.

Método

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, tendo a Teoria das Representações Sociais como referencial teórico metodológico.⁹ A representação social tem como objetivo integrar um fenômeno social, o qual não faz parte do cotidiano e que pode refletir no medo e ansiedade dos indivíduos e grupos. Entretanto, à medida que o referencial conceitual é incorporado, torna-se familiar e é reelaborado, resultando em uma nova forma de conhecimento de um grupo social, chamado saber do senso comum.¹⁰

Define-se a representação social como um conjunto de conceitos, frases e explicações originadas na vida diária durante o curso das comunicações interpessoais. Dessa maneira, as representações são fenômenos sociais entendidos a partir do seu contexto de produção, isto é, desde as funções simbólicas e ideológicas a que servem e das formas de comunicação onde circulam.⁹

Desde a gestação até o momento do parto, a mulher pode enfrentar dúvidas e anseios. Nesse sentido, a representação social construída ao longo da gestação, pode refletir para a reelaboração desses conceitos até o momento do parto, trazendo a elaboração do conhecimento da própria mulher.

O estudo foi realizado em uma maternidade de um hospital filantrópico do norte do Paraná, de outubro de 2017 a janeiro de 2018. A maternidade contava com sistema de alojamento conjunto com 46 leitos, sendo 13 (28%) destinados somente para gestação de alto risco, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), e os demais para atendimentos (com convênio ou particular) clínicos em geral e partos utilizados tanto para o risco habitual como para o alto risco.

Os critérios de inclusão do estudo foram: ter idade mínima de 18 anos, ter como produto de concepção recém-nascido vivo e ter um dos critérios para gestação de alto risco, conforme a Linha Guia Rede Mãe Paranaense.¹¹ Consideraram-se os seguintes critérios de exclusão: mãe sedada ou em ventilação mecânica.

Para a seleção das participantes, buscou-se paridade da amostra quanto às participantes do serviço público e serviço privado, alcançando os dois públicos. Nesse sentido, a escolha das participantes ocorreu previamente de acordo com os critérios de inclusão do estudo e a paridade para os dois serviços.

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora, a qual possui mestrado em obstetrícia, ocupando cargo de supervisão na maternidade em estudo. Realizou-se teste piloto

com três puérperas, sendo adequado o formulário semiestruturado, identificando-se características socioeconômicas e demográficas, situação conjugal, escolaridade, condição de ocupação, idade e ao convênio de saúde. Após, realizou-se entrevista com a pergunta norteadora: durante o pré-natal você recebeu orientações sobre o momento do seu parto? Utilizou-se o critério de saturação dos dados.¹² Quando necessário, a pesquisadora utilizava as seguintes subquestões para obter maiores esclarecimentos: como foi a orientação? Você poderia falar mais sobre a orientação? Falou-se sobre o parto durante o pré-natal?

Cada entrevista teve, em média, duração de sessenta minutos, o qual foi oportunizado devido a pesquisadora ocupar o cargo de supervisora na maternidade em estudo, onde organizou-se a equipe de enfermagem ao apoio no cuidado ao recém-nascido. As entrevistas ocorreram durante a internação em momento oportuno definido pelas puérperas, após vinte e quatro horas pós-parto, em local reservado estando presente somente a puérpera e entrevistadora.

Utilizou-se gravador de voz, e as entrevistas foram transcritas diariamente após a coleta de dados. Houve correção na transcrição do português e vícios de linguagem, não comprometendo o sentido das falas. Após, procedeu-se a interpretação dos dados pela análise de conteúdo temática, delineada pelas seguintes fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.¹³

Os depoimentos das puérperas foram identificados de um a vinte, sendo codificado conforme o serviço nos quais foram atendidas: PSUS (para as gestantes que realizaram o pré-natal no serviço público) e PRI (para as gestantes que realizaram o pré-natal no serviço particular/convênio), a fim de manter o sigilo das participantes. Não houve recusa entre as entrevistadas do estudo.

Este estudo seguiu as recomendações éticas da Resolução 466/2012, da Comissão Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Evolvendo Seres Humanos

da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), em 09 de outubro de 2017, sob Parecer: 2.323.783 e CAAE: 78643417400005231. As participantes foram informadas previamente, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sobre os objetivos e benefícios da pesquisa para os serviços de saúde, dando início às entrevistas somente após aceite e assinatura do termo.

Resultados

Tendo como pressuposto a Teoria das Representações Sociais, a análise sobre as orientações recebidas, durante o pré-natal, tanto no serviço de saúde público como no privado, revelou que as mulheres receberam informações direcionadas à saúde e bem-estar fetal, bem como sobre a identificação de situações de risco para o bebê, evidenciadas como urgências que poderiam levar a um parto cesáreo prematuro e complicações para o conceito. Por outro lado, alguns depoimentos desvelaram que as orientações recebidas não supriram as necessidades das gestantes, levando-as a procurar informações em outras fontes na internet.

Participaram do estudo vinte puérperas, dessas doze usuárias da saúde pública e oito do serviço privado. Três participantes frequentaram o pré-natal nos dois convênios, sendo que duas finalizaram o pré-natal no serviço privado, e uma mulher realizou todo pré-natal no convênio, mas o parto foi realizado no público. Essas três puérperas foram consideradas como usuárias do serviço privado. Entre as entrevistadas, sete mulheres realizaram pré-natal no serviço especializado para gestante de alto risco, e continuaram o acompanhamento na Atenção Primária à Saúde. As demais foram atendidas somente pela Unidade Básica de Saúde, mas foram classificadas como gestantes de alto risco pela unidade que realizou o acompanhamento.

Os critérios para o acompanhamento pré-natal de alto risco das participantes do estudo foram: hipertensão arterial crônica, diabetes mellitus gestacional, hipotireoidismo, trabalho de parto prematuro, amniorrexe prematuro, retardo do crescimento intraútero, oligodramnia,

cirurgia bariátrica e obesidade. Quanto à via de parto das participantes, sete foram parto vaginal, dessas seis do serviço público e um do privado e treze cesarianas, sendo seis da saúde pública e sete do serviço privado. A caracterização socioeconômica demográfica ocorreu com mulheres desde os 18 até os 40 anos de idade. Treze com ensino médio, dez tinham algum tipo de ocupação e dezessete possuíam companheiro.

A partir da questão norteadora Durante o pré-natal você recebeu orientações sobre o momento do seu parto?, pode-se desvelar que o núcleo central configurou no cuidado direcionado à saúde da mulher e seu empoderamento no ciclo gravídico-puerperal. Conhecimento elaborado frente as orientações em saúde para gestantes resultaram na categoria temática após análise dos depoimentos.

Conhecimento elaborado frente as orientações em saúde para gestantes

Nesta categoria, quando as mulheres foram questionadas acerca das orientações recebidas durante o pré-natal, sobre o momento do parto, as respostas revelaram diferentes aspectos abordados pelos profissionais, entre eles: riscos para o bebê, via de parto e informações sobre internação. Em contrapartida, alguns depoimentos demonstraram a falta de informações que suprissem a curiosidade das gestantes sobre como seria de fato o seu parto. Perceberam-se, ainda, diferenças determinadas pelo sistema no qual a gestante foi atendida, sendo serviço de saúde público e privado.

Durante o seguimento pré-natal de alto risco no serviço público, houve orientações sobre os riscos do último mês, e de como proceder, na ocorrência de sinais ou sintomas descritos na consulta pré-natal, tais como o aumento da pressão arterial e possibilidade de laqueadura, em caso de parto cirúrgico.

É, no ambulatório de alto risco ela disse que ia ser cesárea, pela pressão, e que eu tinha que fazer laqueadura [...]. Se a minha pressão continuasse alterando do jeito que alterou o tempo todo, depois, no último mês, poderia dar uma [...] pré-eclâmpsia. (PSUS2)

Algumas mulheres do serviço público foram informadas sobre vias de parto, recebendo orientações sobre o tempo de trabalho de parto, o ritmo das contrações e dor. A prematuridade e a diabetes gestacional também foram temas abordados durante as consultas como possíveis complicações que impedissem a via de parto vaginal.

A partir do meio, mais ou menos, o pré-natal, da quarta consulta a gente já começou a conversar sobre parto e ele falou que é doloroso, falou do ritmado das contrações [...] mais ou menos o tempo que duraria, dependia da evolução que eu teria. Falou que, dependendo, se eu tivesse diabetes gestacional, meu bebê poderia nascer prematuro. (PSUS17)

As orientações recebidas pelas mulheres que frequentaram o serviço privado foram similares às aquelas recebidas no serviço público quanto à justificativa para risco de prematuridade, momento da internação e vias de parto. Notou-se a preocupação do profissional do convênio em orientar a mulher sobre os trâmites burocráticos da internação.

Recebi orientações [...] ele me orientou, me deu todas as papeladas [...] caso a bolsa rompesse, que não era para eu sair correndo, que eu podia chegar a qualquer momento, que era para chegar aqui no hospital e avisar o médico [...] que eu tenho convênio, certinho. Ele falou que o parto seria a tal hora, e que o internamento seria um pouco antes [...]. E como ele sempre teve um percentual alto, sempre foi uma criança acima [...] do esperado, o tamanho, ele falou: “Olha vai judiar muito”. (PRI8)

Percebeu-se também que a mulher atendida no serviço privado teve a oportunidade de realizar visita à maternidade antes do parto e escolher o médico pediatra que recepcionaria o

recém-nascido. Houve a preocupação com a amamentação no primeiro momento de vida, favorecendo medidas preventivas de um possível parto prematuro.

Sim, recebi. As orientações foram as seguintes, por exemplo [...], que a minha opção pelo parto seria o parto normal, mas o doutor deixou claro que talvez teria intercorrências que não seria possível; que a gente não poderia focar apenas no parto normal, para que quando chegasse o momento, eu não ficasse com aquela expectativa, aquela frustração, aquele medo, tanto é que quando aconteceu a pré-eclâmpsia e eu vim para o hospital e tive que fazer cesariana, foi tudo tão rápido, e, ainda assim, ele me manteve calma, me manteve segura, e ele me explicou tudo. Eu conheci até a maternidade antes do parto. (PRI10)

A gente conversou porque eu tinha preocupação com relação ao atendimento do pediatra, questão de escolha do profissional que ia acompanhar, a questão da amamentação no primeiro momento de vida do bebê [...]. O risco da prematuridade, ele sempre deixou claro, tanto é que ao longo do pré-natal, ele adotou algumas medidas já preventivas com relação à possibilidade de prematuridade. (PRI20)

A apresentação pélvica, o sofrimento fetal, o histórico obstétrico de uma ou mais cirurgias cesarianas e o intervalo interpartal menor que um ano, foram os motivos mencionados pelas mulheres para justificar a indicação de parto operatório. Por meio dos depoimentos, ficou evidente que as mulheres aceitaram a indicação de via de parto sem questionamentos ou dúvidas.

Recebi orientações [...] ele falou que, como eu já tinha tido um parto cesárea, que era melhor eu ter novamente um parto cesárea, e teve um agravante essa segunda gravidez, ele estava sentadinho, então [...]. (PRI8)

Ela já falou, no começo, que seria cesárea, porque eu tenho já duas cesáreas. E a outra tem menos de 1 ano. No último, ela só falou assim, “a

gente já vai agendar a sua cesárea” [...]. E que, se tentasse, seria perigoso para mim e para o bebê. (PSUS14)

Desvelaram-se nos depoimentos das mulheres o não recebimento de orientações suficientes e oportunas sobre o momento do parto, como desconhecer a via de parto até a véspera do mesmo.

Não, assim, a gente não sabia como que ia ser [...]. Se poderia ser normal, ou [...] conforme foi caminhando [...] ontem mesmo que foi decidido [...]. Que ia ser cesárea. (PRI1)

Eu nunca cheguei a falar do parto em si, na verdade, a última, penúltima consulta que eu tive com o meu médico, a gente ia conversar sobre o parto [...] só que acabou que aconteceu antes, daí acabou sendo uma cesárea, mas eu sempre pesquisei, sempre busquei, sempre dei umas olhadas, assim [...]. Até falei para doutora, “quero uma explicação sobre o parto”, ela falou [...] “a gente conversa na próxima”, e acabou que [...] [risos]. (PRI5)

Não chegaram a falar nada, não. Acho que porque eu já tive outras, então [...]. Só perguntavam se a gente estava bem, se não estava tendo sangramento, essas perguntas de rotina que o médico falava. (PSUS18)

No pré-natal, não foi falado não, porque na última consulta que eu tive com ele, eu perguntei se ia ser cesárea ou normal, ele falou que ia esperar o normal porque eu já tive um [...]. A gente tem curiosidade e vai pesquisar na internet, aí eu vi que poderia dar hemorragia, poderia dar as coisas e ele poderia ter falado [...]. Então, muitas coisas eu procurava na internet mesmo. (PSUS19)

A falta de comunicação entre os profissionais que assistem o pré-natal por agravos maternos foi marcante nos depoimentos acima, onde as pacientes se tornam porta-vozes da sua doença. A não informação ocasionou a busca de conhecimento por meios próprios através da *internet*, a qual foi utilizada para sanar dúvidas e curiosidades.

Discussão

Diante de tais interpretações, pode-se apreender o potencial que a representação social tem de criar e transformar a realidade, pois tem a função de expressar a forma como os indivíduos percebem e compreendem um determinado objeto. Assim, pode-se considerar que a representação social é um guia para a ação, por orientar as ações e as relações entre os sujeitos participantes da mesma realidade.

O presente estudo avaliou as orientações sobre o momento do parto no pré-natal de alto risco em uma maternidade de um hospital filantrópico do norte do Paraná, desvelando lacunas sobre este tema, neste cenário. Os achados apontam para uma assistência pré-natal similar do serviço público e privado, evidenciando fragilidades e potencialidades que abrangem os dois convênios.

Em um estudo nacional sobre adequação da assistência pré-natal realizado, com pacientes do serviço público e privado, não foram observadas diferenças entre eles após ajustes das características maternas, alcançando, desta forma, a similaridade dos serviços para adequação da assistência pré-natal.⁸

Em pesquisa realizada em todo o território nacional, incluindo gestantes de risco habitual e alto risco (25%), identificou-se a deficiência de informações durante a consulta pré-natal quanto à preparação das mulheres para o parto, que priorizou orientações sobre sinais de risco, intensificando, assim, a característica biomédica da assistência materna.¹⁴

Para as participantes deste estudo, todas classificadas como gestantes de alto risco, as informações sobre sinais de alerta são importantes e devem ser mencionadas durante todo o pré-natal, fato esse justificado por essas mulheres terem maior possibilidade de complicações. Ressalta-se que, quando efetivamente orientadas, elas podem identificar os sinais de risco com prontidão e, assim, buscar os serviços de referência com maior agilidade.

No presente estudo, desvelaram-se orientações para o momento do parto, com possibilidade de via de parto vaginal ou cesariana, porém não foram disponibilizadas informações sobre as vias de parto com indicações, contraindicações e riscos inerentes a cada uma delas. Percebe-se que a indicação é influenciada pelo profissional para a escolha da cirurgia cesariana, principalmente justificada pelos riscos inerentes à gravidez de alto risco.

Uma pesquisa realizada em um município do Paraná, com resultados semelhantes ao presente estudo, observou uma realidade de que a cada quatro nascimentos, três foram por parto cesariana; quanto às frequências, 65,3% das cesarianas foram realizadas no SUS e 97,8% na saúde suplementar. A cesariana deixou de ser um procedimento cirúrgico com objetivo nos resultados perinatais e tornou-se um produto de consumo, de tal maneira que as taxas são menores entre as mulheres com menor poder aquisitivo e aumentam à medida que o recurso financeiro é maior.¹⁵

Dentre os fatores associados à realização do parto vaginal e cirúrgico, evidencia-se que a chance de realização da cesárea triplica entre as mulheres que desejam esse procedimento; já no serviço privado as chances são 18 vezes mais elevadas para sua realização. Entre as multíparas, tanto para mulheres com seguimento pré-natal no SUS quanto no serviço privado, o histórico de parto operatório anterior aumenta em 11 vezes a chance de ter uma nova cesariana.¹⁶

Nesta mesma pesquisa, identificou-se que a mulher atendida na saúde suplementar possui maior poder de decisão, quanto à possibilidade de escolha de profissional e equipe que prestará a assistência, bem como do local e data de nascimento do bebê e por meio de cesárea eletiva. A conveniência em programar o nascimento do filho e evitar a dor do parto foram os motivos mencionados como justificativa para a realização da cesárea agendada.¹⁶

Fato também observado em um estudo no município do Vale do Taquari, São Paulo, onde verificou que mulheres com parto cesariana anterior e relatou que o motivo da opção por esta via de parto foi a indicação médica. As mulheres que escolheram o parto vaginal foram influenciadas pelos familiares (43%), no entanto, quem mais contribuiu para a escolha pelo parto

cesariana foi o médico (31%). Observou-se, também, que as mulheres não estavam preparadas para o parto vaginal, pois não receberam informações que diminuíssem os seus medos, e, também, não foram informadas sobre as complicações inerentes ao parto cesárea para a sua saúde e do bebê.¹⁷

Os resultados encontrados neste estudo não diferem dos achados em outras pesquisas ¹⁵⁻¹⁶, sendo que a mulher, muitas vezes, é convencida para o parto cesariana como a melhor opção. O diagnóstico de alto risco não pode ser decisivo para o desfecho do parto cesariana. Nesta sequência, o profissional que conduz o pré-natal deve favorecer abertura para o esclarecimento das dúvidas e anseios da mulher sobre a via de parto em qualquer momento do pré-natal.

Observou-se que o adiamento das explicações sobre o parto esteve presente durante as consultas de pré-natal, fato este que pode intensificar a dúvida das mulheres, em que as mesmas não têm o atendimento às suas incertezas no momento da sua necessidade, o que pode fazer com que a mulher recorra a outros meios de informações.

No presente estudo, as orientações sobre o parto cesariana foram vistas como uma estratégia de prevenção de agravos fetais. Entretanto, pode-se inferir que, muitas vezes, essa via é prescrita mesmo com condições de saúde estável da mulher e do feto. Torna-se importante o resgate quanto a indicações para o parto cesariana e as possibilidades para o parto vaginal em gestações de alto risco, para que seja uma estratégia efetiva para prevenção de agravos e não utilizada rotineiramente.

As contraindicações para indução do parto em gravidez de alto risco e, conseqüentemente, indicação de parto cesariana são: O sofrimento fetal agudo, a cicatriz segmentar de repetição (duas ou mais), as situações de urgência, as apresentações fetais anômalas, a desproporção céfalo-pélvica absoluta, a placenta prévia, a presença de incisão uterina corporal prévia, o carcinoma invasivo do colo, o prolapso de cordão, a herpes genital ativa e a obstrução do canal de parto.¹

A cesariana, quando bem indicada, reduz a morbimortalidade materna e perinatal, porém deve-se ressaltar que seus riscos são maiores do que o parto vaginal. A sua prática indiscriminada, além do consumo de recursos do sistema de saúde, viola o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.¹⁸

O não estímulo ao parto vaginal é fortemente observado no pré-natal, oferecido pelo serviço privado, pelo acompanhamento ser realizado exclusivamente pelo médico. Enquanto isso, no SUS, em muitos municípios, as consultas são alternadas entre médico e enfermeiro. Torna-se importante o rompimento do paradigma social sobre a cesariana.¹⁶

Um estudo de coorte, que avaliou as repercussões entre risco gestacional e tipo de parto, concluiu que a cesariana não influenciou diretamente o resultado materno, mas aumentou as chances de um resultado neonatal desfavorável.¹⁹

Ressalta-se a escassez de material encontrado sobre associação da gestação de risco e via de parto. Pode-se inferir que a insuficiência de evidência científica sobre a temática pode prejudicar as ações dos profissionais durante o seguimento e a assistência pré-natal. As informações sobre via de parto durante a gestação de alto risco deve ser uma prática considerável para melhoria da assistência materna e neonatal. A gestação é um momento favorável para quebra de paradigmas, por meio do estabelecimento do vínculo entre profissional, gestante e familiares.

O presente estudo desvelou que quando a gestante não se sente orientada o suficiente sobre suas dúvidas, essa recorre a outras fontes de informações, como o uso da internet para sanar suas dúvidas. Essa é uma ferramenta utilizada pelas gestantes no esclarecimento de dúvidas, quanto ao conteúdo buscado, não se direcionando para a própria saúde da mulher, mas à saúde e bem-estar fetal.²⁰

As participantes do estudo buscaram as informações sobre as vias de parto, para explicar a realidade que as cercaram durante o período gestacional no alcance de se criar as

representações sociais. A interpretação da realidade proporciona o conhecimento social elaborado, entretanto, para que esse processo aconteça durante a gestação, é preciso criar espaços e explorar sua elaboração. Os profissionais que realizam assistência pré-natal de alto risco, quando não orientam sobre o fenômeno do parto, geram impossibilidades ou dificuldades para a elaboração do conhecimento da vida cotidiana.

O fenômeno de gestar pode fazer com que a mulher não se perceba como um ser que também precisa de cuidados, tanto quanto o bebê, sendo que os exames de imagem são reconhecidos como substitutos das orientações profissionais. O profissional que acompanha o pré-natal de alto risco deve inserir a gestante para o cuidado próprio, favorecendo o entendimento da mulher sobre a importância de sua própria saúde.

Assim, o estímulo para o empoderamento da gestante de alto risco, por meio dos profissionais pré-natalistas, é importante para que a mulher se perceba como uma pessoa essencial no processo de gestar. A mulher deve receber orientações quanto ao autocuidado, à promoção e à prevenção de agravos, para o próprio bem-estar, assim o serviço de saúde pode incentivar e orientar quanto ao cuidado adequado durante a sua gestação.

O empoderamento feminino é iniciado a partir de ações educativas, tendo como objetivo o desenvolvimento de atitudes, habilidades e autoconhecimento, para que a mulher possa assumir decisões e responsabilidades com sua saúde. Durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e nascimento, é possível que a gestante estabeleça um poder de decisão sobre os momentos da sua parturição. Essas dimensões estão relacionadas à escolha do local onde o bebê irá nascer, do acompanhante, do profissional que deverá assisti-la, das tecnologias não invasivas de cuidado aplicadas ao processo de gestar, parir e nascer.²¹

Nesse sentido, o plano de parto é um recurso que deve ser inserido para o encorajamento das gestantes, o qual ainda é desconhecido por profissionais de saúde, hospitais e maternidades, fazendo com que não aconteça seu uso.²² Ressalta-se que quando a gestante é atendida quanto às

suas necessidades individuais, criam-se espaços para o conhecimento organizado, a partir dos acontecimentos da vida cotidiana que ocorrem de acordo com a exploração do processo psicossocial e refletem no posicionamento da gestante quanto ao próprio cuidado e da facilidade para a comunicação com o profissional.

A visita à maternidade é uma ação que ainda está em processo de implementação, porém, se bem implantada, pode trazer maior segurança e conforto à mulher, pela oportunidade de conhecer o local que seu filho irá nascer. Conforme a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, toda gestante assistida pelo SUS tem direito ao conhecimento e vinculação prévia da maternidade na qual será realizado seu parto e onde será atendida em casos de intercorrências na gestação.²³

Salienta-se que orientações recebidas durante o pré-natal para o momento do parto, devem ter o direcionamento para o esclarecimento de dúvidas, além de informações pertinentes ao ciclo gravídico-puerperal. Por meio da Teoria das Representações Sociais, identificam-se as necessidades das informações sobre o parto na assistência pré-natal de alto risco e, a possibilidade de enaltecer o processo cognitivo da gestante, almejando o conhecimento elaborado.

O vínculo formado entre profissional e gestante fornece subsídios para que a gestação seja um momento de construção de um processo educativo. Assim, os conhecimentos sobre sua saúde serão construídos a cada consulta, favorecendo desfechos materno-fetais mais positivos e melhoria da qualidade no cuidado.

Dentre as limitações do presente estudo, ressaltam-se sua realização em apenas uma das maternidades da cidade e com um grupo de mulheres no período da pesquisa, o que restringe a análise da assistência pré-natal oferecida de modo geral, considerando que há realidades bastante diferentes nas unidades de saúde, ambulatórios de alto risco e consultórios médicos.

Entretanto, os resultados revelaram aspectos importantes para assistência gestacional de alto risco.

Conclusão

Ao analisar a percepção de puérperas que foram acompanhadas como gestantes de alto risco na saúde pública e privada à luz da Teoria das Representações Sociais, revelou-se que as orientações recebidas foram direcionadas à saúde e bem-estar fetal, identificação de situações de risco ao bebê, evidenciadas nas urgências que poderiam resultar em um parto cesáreo prematuro e complicações ao conceito. Houve similaridade das orientações recebidas nos dois tipos de serviços de saúde, assim como uma lacuna na reelaboração da forma de conhecimento da gestante sobre o momento do parto. As orientações essenciais para o parto não foram supridas no grupo social de gestantes de alto risco, resultando na necessidade de busca do aprendizado quanto aos acontecimentos da vida cotidiana.

Assim, reforça-se a necessidade, em ambos os serviços de saúde, de aprimoramento das ações educativas, visando a melhoria da qualidade da assistência pré-natal para as gestantes de alto risco, com implantação de protocolos específicos que abranjam a assistência pré-natal na sua totalidade, buscando preparar a mulher para o momento da internação, para o trabalho de parto e o próprio parto, independentemente do local onde for realizado.

Considera-se que incluir as representações sociais das puérperas na avaliação das orientações recebidas, durante a consulta no pré-natal de alto risco, será uma forma de adotar medidas que assegurem a qualidade da assistência no ciclo gravídico puerperal. Sugere-se a realização de novos estudos sobre orientações no pré-natal de alto risco, com diferentes desenhos metodológicos, buscando uma melhor compreensão, favorecendo melhorias para a assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de alto risco.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico* [Internet]. 5ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [acesso 2019 jul 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf
2. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(1):192-207. doi: 10.1590/0102-311X00133213
3. Nunes JT, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Cad Saúde Colet*. 2016;24(2):252-61. doi: 10.1590/1414-462X201600020171
4. Polgliane RBS, Leal MC, Amorim MHC, Zandonade E, Santos Neto ET. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(7):1999-2010. doi: 10.1590/1413-81232014197.08622013
5. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(3):e00195815. doi: 10.1590/0102-311x00195815
6. Guimarães TA, Rocha AJSC, Rodrigues WB, Pasklan ANP. Mortalidade materna no Brasil entre 2009 e 2013. *Rev Pesq Saúde* [Internet]. 2017 [acesso 2019 out 10];18(2):81-5. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/8381>
7. Silva ALA, Mendes ACG, Miranda GMD, Souza WV. A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(12):e00175116. doi: 10.1590/0102-311x00175116
8. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2015 [acesso 2019 set 15];37(3):140-7. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n3/140-147/>
9. Jodelet D. *Representações sociais: um domínio em expansão*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
10. Vala J, Castro P. Pensamento social e representações sociais. In: Vala J, Monteiro MB. *Psicologia Social*. 9ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2013. p. 569-602.
11. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Superintendência de Atenção à Saúde. *Linha Guia Rede Mãe Paranaense* [Internet]. Curitiba: SESA; 2014 [acesso em 2019 jul 10]. Disponível em:

http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/linhaguiaamaeparanaense_final_2017.pdf

12. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):17-27. doi: 10.1590/S0102-311X2008000100003
13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
14. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme-Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(1):85-100. doi: 10.1590/0102-311X00126013
15. Paris GF, Monteschio LVC, Oliveira RR, Latorre MRDO, Peloso SM, Mathias TAF. Tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte de financiamento. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014;36(12):548-54. doi: 10.1590/So100-720320140005038
16. Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TAF. Factors associated to caesarean delivery in public and private health care systems. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):733-40. doi: 10.1590/s0080-623420160000600004
17. Weidle WG, Medeiros CRG, Grave MTQ, Dal Bosco SM. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? *Cad Saúde Colet*. 2014;22(1):46-53. doi: 10.1590/1414-462X201400010008
18. Cabral FB, Hirt LM, Van der Sand ICP. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):281-7. doi: 10.1590/S0080-62342013000200002
19. Reis ZSN, Lage EM, Eura M, Aguiar RALP, Gaspar JS, Vitral GLN, et al. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. *Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]*. 2014 [acesso em 2019 out 13];36(2):65-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00065.pdf>
20. Calderon TM, Cestari MEW, Dobkowski AC, Cavalheiro MD. O uso da Internet como ferramenta de apoio ao esclarecimento de dúvidas durante a gestação. *J Health Biol Sci (Online)*. 2016;3(2):18-22. doi: 10.12662/2317-3076jhbs.v4i1.523.p18-22.2016
21. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado. *Rev Latinoam Enferm (Online)*. 2015;23(3):520-6. doi: 10.1590/0104-1169.0067.2583
22. Mouta RJO, Silva TMA, Melo PTS, Lopes NS, Moreira VA. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. *Rev Baiana Enferm*. 2017;31(4):e20275. doi: 10.18471/rbe.v31i4.20275
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito Sistema

Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em: 10 jul. 2019.

Editor Científico Chefe: Cristiane Cardoso de Paula

Editor Científico: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Autor correspondente

Fabiana Fontana Medeiros

E-mail: fontana.fabi@hotmail.com

Endereço: Av. Robert Kock, 60. Operária. Londrina - PR

CEP: 86038-350

Contribuições de Autoria

1 – Juliana Carvalho Lourenço

Concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

2 – Fabiana Fontana Medeiros

Análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

3 – Mariana Haddad Rodrigues

Análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

4 – Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari

Redação e revisão crítica.

5 – Deise Serafim

Redação e revisão crítica.

6 – Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli

Concepção e planejamento do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

Como citar este artigo

Lourenço JC, Medeiros FF, Rodrigues MH, Ferrari RAP, Serafim D, Cardelli AAM. Orientações sobre parto no pré-natal de alto risco nos serviços de saúde Rev. Enferm. UFSM. 2020 [Acesso em: Anos Mês Dia]; vol.10 e85: 1-21. DOI:<https://doi.org/10.5902/2179769241357>