

Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil

Prenatal care: preparation for childbirth in primary health care in the south of Brazil

Atención prenatal: preparación para el parto en la atención primaria a la salud en el sur de Brasil



Mariana Faria Gonçalves^a
 Érica Mairene Bocate Teixeira^a
 Márcia Aparecida dos Santos Silva^a
 Nathalia Maciel Corsi^b
 Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari^a
 Sandra Marisa Pelloso^c
 Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli^a

Como citar este artigo:

Gonçalves MF, Teixeira EMB, Silva MAS, Corsi NM, Ferrari RAP, Pelloso SM, et al. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(3):e2016-0063. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0063>.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0063>

RESUMO

Objetivo: Avaliar a relação entre assistência pré-natal e orientações para o parto na Atenção Primária à Saúde.

Métodos: Estudo transversal com 358 puérperas de maternidade pública do sul do Brasil. Coleta de dados realizada de julho a outubro de 2013, com transcrição de dados do cartão de pré-natal e entrevista estruturada. Dados analisados pelo Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$).

Resultados: O pré-natal teve alta cobertura (85,5%) e início precoce em 71,8% das mulheres, porém 52% destas não receberam orientação para o parto. Houve associação estatística entre o recebimento de orientação para o parto e menor número de consultas ($p = 0,028$), maior intervalo entre a última consulta pré-natal e o parto ($p = 0,002$) e classificação do cuidado pré-natal como intermediário e inadequado ($p = 0,024$).

Conclusões: Apesar da oferta ideal do número de consultas, a qualidade do cuidado foi classificada como intermediária ou inadequada e evidenciou-se acesso precário a orientações para o parto durante o pré-natal.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal. Parto. Educação em saúde. Enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the relationship between prenatal care and delivery guidelines in Primary Health Care.

Methods: This is a cross-sectional study, with 358 puerperal women of a public maternity from the south of Brazil. The data collection was performed from July to October of 2013, with prenatal card data transcription and a structured interview. The data has been analyzed through the use of the Chi-square test ($p \leq 0,05$).

Results: The prenatal care had a high coverage (85,5%) and early start by 71,8% of the women, however, 52% of them did not receive orientation for the childbirth. There was a statistical association between receiving orientation for the childbirth and fewer visits ($p = 0,028$), longer interval between the last prenatal visit and the childbirth ($p = 0,002$), and the classification of the prenatal care as intermediate and inadequate ($p = 0,024$).

Conclusions: Despite of the ideal number of visits, the quality of care has been classified as intermediate or inadequate, besides that, precarious access to the orientation for the childbirth during the prenatal care has been evidenced.

Keywords: Prenatal care. Childbirth. Health education. Obstetric nursing.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la relación entre asistencia prenatal y orientaciones para el parto en la Atención Primaria a la Salud.

Métodos: Estudio transversal con 358 puérperas de maternidad pública del sur de Brasil. Recolección de datos realizada de julio a octubre de 2013, con transcripción de datos de la tarjeta de prenatal y entrevista estructurada. Datos analizados por el test Chi-cuadrado ($p \leq 0,05$).

Resultados: El prenatal tuvo alta cobertura (85,5%) e inicio precoz en 71,8% de las mujeres, pero el 52% de ellas no recibieron orientación para el parto. Se observó una asociación estadística entre la recepción de orientación para el parto y el menor número de consultas ($p = 0,028$), mayor intervalo entre la última consulta prenatal y el parto ($p = 0,002$) y clasificación del cuidado prenatal como intermediario e inadecuado ($p = 0,024$).

Conclusiones: A pesar de la oferta ideal del número de consultas, la calidad del cuidado fue clasificada como intermediaria o inadecuada y se evidenció acceso precario a orientaciones para el parto durante el prenatal.

Palabras clave: Atención prenatal. Parto. Educación en salud. Enfermería obstétrica.

^aUniversidade Estadual de Londrina (UEL). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Londrina, Paraná, Brasil.

^bUniversidade Estadual de Londrina (UEL). Programa de Pós-Graduação em Comunicação. Londrina, Paraná, Brasil.

^cUniversidade Estadual de Maringá (UEM). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maringá, Paraná, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A experiência de se tornar mãe é um dos aspectos mais significativos na vida da mulher, sendo a gravidez um período de intensas transformações⁽¹⁾. O acompanhamento pré-natal é um componente primordial na assistência às gestantes a fim de garantir melhores desfechos maternos e neonatais⁽²⁻³⁾. Além de assistir a evolução da gravidez, diagnosticar e tratar comorbidades, trata-se de uma oportunidade ímpar para o enfermeiro desenvolver ações de educação em saúde⁽⁴⁾.

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. Apesar desde indicadores, nas últimas duas décadas, o acesso a cuidados de saúde de melhor qualidade durante a gravidez e o parto preveniu muitas destas mortes e doenças, bem como melhorou a experiência da gravidez. No entanto, globalmente, apenas 64% das mulheres recebem cuidados pré-natais quatro ou mais vezes ao longo da gravidez⁽⁵⁾.

A chegada de um filho deve ser um momento de celebração e prazer, porém, os indicadores perinatais e as experiências vividas por mulheres brasileiras, mostram uma realidade preocupante, o que tem enfatizado o investimento em políticas públicas⁽⁶⁾.

No ano 2000, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), modelo que uniformizou a assistência às gestantes e propôs a vinculação entre os serviços de pré-natal e parto. Após uma década, foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha (RC) e logo depois, no estado do Paraná, a Rede Mãe Paranaense (RMP), ambos com o objetivo de melhorar a saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal e reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal^(3,7-8). Entre as recomendações propostas por estes programas na atenção pré-natal, incluem-se o atendimento acolhedor, captação precoce das gestantes (até o final do 1º trimestre), busca ativa de faltosas, mínimo de seis consultas, garantia de realização de exames complementares, prática de ações educativas, incentivo ao parto normal e redução da cesárea desnecessária, vínculo com o local do parto e registro adequado das informações no cartão da gestante^(1,9-10). Além disso, a equipe da Atenção Primária à Saúde (APS) tornou-se responsável pela estratificação de risco, que classifica a gestante como de risco habitual, risco intermediário ou alto risco. Esta avaliação é permanente, devendo ser feita em toda consulta de pré-natal⁽¹⁰⁾.

A enfermagem tem papel fundamental na operacionalização de todas estas ações, atuando diretamente no cuidado ou exercendo o papel de elo entre os demais profissionais da equipe de saúde

Porém, mesmo com avanços na APS, alguns estudos brasileiros apontam falhas na atenção pré-natal, como dificuldades no acesso, início tardio, baixo número de consultas, orientações escassas, realização incompleta de procedimentos e falta de vínculo entre os serviços de pré-natal e parto, prejudicando a qualidade e a efetividade da assistência^(4,7-8,11).

Nesse sentido, vivemos hoje um cenário desafiador, porém um período de transição extremamente fértil e promissor no que se refere à revisão de valores, conceitos e práticas, na assistência pré-natal, ao parto e puerpério⁽⁶⁾. Somados às iniciativas governamentais, eventos científicos, diversas pesquisas e documentários nacionais e internacionais que mostram êxitos e desafios na implantação de boas práticas de assistência, está o movimento de mulheres, presente nas ruas e nas redes sociais, que lutam a favor da humanização do pré-natal, parto e nascimento, contra qualquer forma de violência de gênero, onde se inclui a violência obstétrica⁽¹²⁻¹³⁾.

Portanto, frente à importância ímpar que o pré-natal tem, objetivou-se com este estudo avaliar a relação entre características da assistência pré-natal e orientações para o parto recebidas pelas gestantes na Atenção Primária à Saúde de um município do sul do Brasil.

■ MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal analítico aninhado a uma coorte prospectiva realizado em uma maternidade pública de Londrina-PR. Vale destacar que a atenção primária à saúde deste município está organizada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dispõe de 93 equipes multiprofissionais distribuídas em 52 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 40 na zona urbana. Estas equipes são compostas por 109 médicos, 105 enfermeiros, 190 técnicos de enfermagem e 316 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). As UBS da zona urbana, além das equipes de saúde da família, contam com 10 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) compostas por outros profissionais de saúde (fisioterapia, educação física, nutrição, psicologia e farmácia) que atuam em parceria com a ESF em seus respectivos territórios. Todas as gestantes de risco habitual e intermediário do município são encaminhadas para a Maternidade Municipal Lucilla Ballalai⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Foram incluídas puérperas de risco obstétrico habitual ou intermediário, internadas nesta maternidade e que resi-

diam na zona urbana do município de Londrina. Puérperas com diagnóstico de alto risco e que não residiam neste município foram excluídas devido à dificuldade de visitá-las para o seguimento do estudo. Para o cálculo amostral, considerou-se a população de 3.415 partos ocorridos nesta maternidade em 2012, margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%, obtendo-se um n de 358.

Participaram da coleta de dados, três enfermeiras obstétricas, mestradas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, previamente treinadas. Esta ocorreu no período de julho a outubro de 2013, durante a internação das puérperas no alojamento conjunto, após o parto. Foi utilizado instrumento semiestruturado com dados socioeconômicos, demográficos e obstétricos, informações sobre o acompanhamento pré-natal contidas no cartão da gestante e no relato das participantes da pesquisa sobre as orientações ofertadas para o parto e a vinculação com a maternidade de referência. Os dados referentes ao pré-natal seguiram a proposta de adequação deste atendimento baseada em Coutinho et al.⁽¹⁶⁾ que analisa as anotações do cartão da gestante para classificar a assistência em adequada, inadequada ou intermediária. Esta avaliação inclui a idade gestacional no início do pré-natal, o número de consultas realizadas, o intervalo entre a última consulta e o parto, o registro de resultados de exames laboratoriais, ultrassonografias e procedimentos clínico-obstétricos.

Os dados foram compilados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, e analisados por meio do teste Qui-quadrado para a busca de possíveis associações ($p \leq 0,05$) entre as variáveis independentes e a dependente - Orientação para o parto durante o acompanhamento pré-natal.

Em observância às determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁷⁾, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), CAAE: 19352513.9.0000.5231 de 16/07/2013. Os participantes foram devidamente orientados sobre a pesquisa e sobre seu anonimato, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

■ RESULTADOS

A maior porcentagem das puérperas era de adultas jovens (53,9%), com escolaridade média (67,6%), ocupação não remunerada (58,9%), com companheiro (84,1%), renda familiar entre dois e três salários mínimos (46,1%) e multíparas (60,6%). Mais da metade das mulheres (52%) não receberam qualquer orientação para o parto durante o

acompanhamento pré-natal, sendo que destas, 38,2% estavam gestando o primeiro filho (Tabela 1).

Não foi encontrada diferença estatística significativa entre o recebimento de orientação para o parto durante o pré-natal e as características socioeconômicas, demográficas e obstétricas. Porém, vale apontar que as mulheres que tinham cesárea anterior foram menos orientadas (20,9%) para o parto durante o pré-natal do que as mulheres com parto normal anterior (43%) (Tabela 1).

Grande parte das mulheres (85,5%) teve seis ou mais consultas de pré-natal e o iniciaram precocemente (71,8%), porém a adequação deste acompanhamento foi classificada como intermediária na maioria dos casos (47,2%). Proporção significativa (37,7%) não foi orientada para a maternidade de referência e apenas 15,1% relataram ter visitado a maternidade durante a gestação (Tabela 2).

Houve significância estatística entre receber orientação para o parto e o número de consultas pré-natais realizadas ($p=0,028$). Entre as mulheres que realizaram mais de seis consultas, 81,7% relataram não ter recebido orientações para o parto durante o pré-natal. Receber orientação para o parto e o intervalo entre a última consulta de pré-natal e o parto também apresentou significância estatística ($p=0,002$). Mulheres que tiveram um intervalo de até 15 dias entre a última consulta pré-natal e o parto receberam mais orientações para o mesmo (80,8%). Também houve significância estatística entre a adequação do pré-natal e o recebimento de orientação para o parto ($p=0,024$). Entre as mulheres que não receberam orientação para o parto (52%), a inadequação do pré-natal atingiu a taxa de 30,1% (Tabela 2).

Na Figura 1, observa-se que além de infrequentes, as orientações para o parto não apresentaram continuidade, uma vez que apenas 5,6% das mulheres relataram tê-las recebido durante todo o acompanhamento pré-natal.

Entre as puérperas ($n=172$) que receberam orientações, 18,7% foram incentivadas para o parto normal pela equipe da APS e 17% recebeu orientações sobre os sinais de início do trabalho de parto (Tabela 3).

■ DISCUSSÃO

Estudos mostram que as falhas na atenção pré-natal, dificuldade de acesso, início tardio, baixo número de consultas e orientações escassas durante o processo gestacional prejudicam a qualidade da assistência e favorecem o aumento da morbimortalidade materna e neonatal^(1,3-4,6,11). Porém, poucos estudos analisaram a assistência pré-natal com base nos dados do acompanhamento pré-natal somado com as informações das puérperas.

Tabela 1 – Distribuição das características socioeconômicas, demográficas e obstétricas das mulheres segundo as orientações para o parto recebidas durante o pré-natal. Londrina, Paraná, Brasil, 2013

	Orientação para o parto				p valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Idade (em anos)					
Até 19	36	20,9	40	21,5	0,817
De 20 a 34	119	69,2	124	66,7	
35 e mais	17	9,9	22	11,8	
Situação conjugal					
Com companheiro	143	83,1	158	84,9	0,641
Sem companheiro	29	16,9	28	15,1	
Escolaridade (anos de estudo)					
Baixa (1 a 7 anos)	36	20,9	53	28,5	0,087
Média (8 a 11 anos)	121	70,3	121	65,1	
Alta (mais de 11 anos)	15	8,7	12	6,5	
Condição de ocupação					
Remunerada	74	43,0	73	39,2	0,469
Não remunerada	98	57,0	113	60,8	
Renda familiar**					
Até 1 salário mínimo	40	23,3	46	24,7	0,656
De 2 a 3 salários mínimos	85	49,4	80	43,0	
Mais de 3 salários mínimos	47	27,3	60	32,3	
Paridade					
Primíparas	70	40,7	71	38,2	0,626
Múltiparas	102	59,3	115	61,8	
Parto normal anterior					
Não	98	57,0	102	54,8	0,684
Sim	74	43,0	84	45,2	
Cesárea anterior					
Não	136	79,1	146	78,5	0,894
Sim	36	20,9	40	21,5	

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

*Teste Qui-quadrado (p<0,05)

**Salário mínimo no ano de 2013 – R\$ 678,00.

A presente pesquisa apontou que as falhas nas orientações para o parto durante o acompanhamento gestacional, foram significativas, em relação ao número de consultas, intervalo entre a última consulta de pré-natal e o parto e a adequação desta assistência.

A caracterização das mulheres deste estudo, em relação à idade, escolaridade, estado conjugal e paridade foi semelhante à encontrada em outros estudos brasileiros realizados em instituições públicas, com predomínio de gestantes jovens, com companheiro, múltiparas e escolaridade de baixa à média^(4,11,16).

Além de comprovar efetividade na cobertura, a apresentação satisfatória do cartão de pré-natal na internação para o parto mostrou que a atenção primária do município realizou adequadamente a orientação quanto à importância deste documento. Este cartão serve como elo de comunicação entre a equipe de assistência do pré-natal e do parto, registrando resultados de exames e problemas identificados na gestação, orientando assim, as condutas adequadas para o momento do parto⁽⁷⁻⁸⁾.

O MS preconiza que o pré-natal inicie antes do final do terceiro mês, ou seja, até a 13ª semana e que a

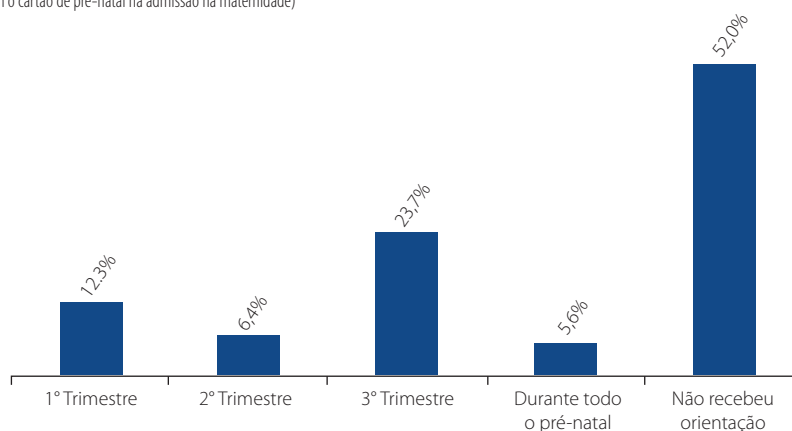
Tabela 2 – Distribuição das variáveis do pré-natal segundo as orientações para o parto. Londrina, Paraná, Brasil, 2013.

	Orientação para o parto				p valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Nº de consultas de pré-natal**					
6 e mais	154	90,6	152	81,7	0,028
3 a 5	14	8,2	31	16,7	
0 a 2	2	1,2	3	1,6	
Semana gestacional no início do pré-natal**					
Até 13ª semana	129	75,9	128	68,8	0,175
14ª a 27ª semana	35	20,6	50	26,9	
28ª semana e mais	6	3,5	8	4,3	
Intervalo entre a última consulta de pré-natal e o parto**					
Até 15 dias	137	80,6	123	66,1	0,002
16 dias ou mais	33	19,4	63	33,9	
Adequação do pré-natal segundo Coutinho**					
Adequado	53	31,2	38	20,4	0,024
Intermediário	77	45,3	92	49,5	
Inadequado	40	23,5	56	30,1	
Orientação sobre a vinculação com o local do parto					
Sim	110	64,0	113	60,8	0,533
Não	62	36,0	73	39,2	
Visitou a maternidade durante a gestação					
Sim	30	17,4	24	12,9	0,231
Não	142	82,6	162	87,1	

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

*Teste Qui-quadrado ($p < 0,05$)

**n=356 (Duas gestantes não entregaram o cartão de pré-natal na admissão na maternidade)

**Figura 1** – Porcentagem de mulheres que receberam orientações para o parto durante o acompanhamento pré-natal. Londrina, Paraná, Brasil, 2013.

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Tabela 3 – Distribuição do tipo de orientação para o parto durante o acompanhamento pré-natal. Londrina, Paraná, Brasil, 2013.

Tipo de orientações para o parto	n	%
Incentivo ao parto normal	67	18,7
Sinais de início do trabalho de parto	61	17,0
Diferenças entre parto normal e cesárea	15	4,2
Práticas benéficas para a evolução do trabalho de parto e alívio da dor	12	3,4
Orientações inadequadas*	17	4,7
Total	172	48,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

*Procurar outro serviço, benefícios da cesárea, ir para a maternidade no início da fase latente do trabalho de parto, não fazer escândalo para ser bem tratada.

gestante faça no mínimo seis consultas^(2,9-10). O início precoce do acompanhamento pré-natal viabiliza o diagnóstico e tratamento de diversas patologias que podem interferir gravemente na saúde materna e fetal, além de estimar a idade gestacional com mais fidedignidade, o que propicia melhor monitoramento do crescimento e maturidade fetal⁽⁹⁾. Problemas pessoais com a aceitação da gravidez, principalmente na adolescência; de dificuldade relacionada ao trabalho ou escola; barreiras de acesso; problemas com horários de agendamento das consultas e a falta de diagnóstico precoce da gravidez podem também estar relacionados com o início tardio do pré-natal⁽⁴⁾.

Outros autores apontam não somente para a fragilidade no processo de trabalho para a captação precoce da gestante, mas também para a falta de conscientização da população sobre a importância deste cuidado. Somando a isto, entre outros aspectos cruciais de uma efetiva assistência pré-natal e estímulo à adesão ao serviço destacam-se a formação de vínculo, a postura acolhedora e respeitosa da equipe associada à escuta qualificada às necessidades da gestante e a responsabilização do cuidado entre ambos^(1,8,18).

Esta situação fica evidente quando verifica-se, segundo os parâmetros preconizados pelo MS, que a cobertura do pré-natal da população em estudo foi satisfatória, sendo superior à taxa apresentada em outros estudos brasileiros^(3,8,11,16). Por outro lado, a classificação de adequação proposta por Coutinho⁽¹⁶⁾, evidenciou uma assistência pré-natal intermediária às mulheres deste estudo.

As mulheres que menos receberam orientações foram as que tiveram pré-natal classificado como intermediário e inadequado. Outros autores também levantaram que as avaliações da assistência que têm como base o número de

consultas de pré-natal podem esconder graves problemas na qualidade, subestimando a efetividade do cuidado prestado⁽¹¹⁾. A referida pesquisa apontou que o início precoce e o número adequado de consultas estavam associados a maior adequação das orientações em relação ao parto, porém estas orientações eram extremamente limitadas⁽¹¹⁾. Especificamente em relação a atuação do enfermeiro, este fato pode ser decorrente da formação generalista ou especializada em saúde da família ou saúde pública, priorizada pelos gestores locais, em detrimento do enfermeiro obstetra, que seria o profissional mais preparado para atuar junto às gestantes e suas famílias.

O OMS recomenda a implantação de modelos de continuidade de cuidados conduzidos por especialista, nos quais um enfermeiro obstetra, por meio do vínculo estabelecido vinculo com a mulher, a apoia no pré-natal, intraparto e no período pós-natal, garantindo maior efetividade na qualidade do cuidado direto ofertado ao binômio mãe-criança⁽⁵⁾.

A humanização do cuidado pré-natal é prejudicada quando o processo de trabalho é focado na produtividade e em protocolos assistenciais, com consultas rápidas e superficiais, que valorizam mais as aferições e medidas do que o compartilhamento de conhecimentos e experiências⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Na presente pesquisa, a lacuna entre a produtividade e a qualidade da assistência foi evidenciada pelo fato de que grande parte das mulheres que não receberam orientações para o parto realizou seis ou mais consultas de pré-natal.

Este contexto mostra falta de comprometimento com a qualidade e papel insuficiente deste acompanhamento na preparação da mulher para o parto, apesar de uma alta cobertura pré-natal⁽²⁾. Autores também afirmam que as políticas públicas dão ênfase à disponibilidade e ao acesso à

assistência pré-natal, e deixam em segundo plano o conteúdo das consultas e a qualidade deste serviço⁽¹⁶⁾.

A consulta de pré-natal em si envolve procedimentos bastante simples e não demanda uma estrutura física sofisticada, devendo os profissionais – previamente capacitados na utilização de tecnologias leves – usar este encontro para detectar as necessidades individuais de cada gestante, visando um atendimento holístico e humanizado, e que conduza a mulher a uma gestação com mais autonomia e conhecimento^(1,18-19).

Notou-se também que quanto maior o intervalo entre a última consulta pré-natal e o parto, menor o número de gestantes orientadas sobre o parto. Isso remete à clássica e errônea ideia de que podemos dar “alta” do pré-natal se a gestação segue um curso normal. Porém, o final da gestação é o período onde se concentra a maior probabilidade de intercorrências obstétricas, devendo, portanto, ser acompanhado com mais frequência no serviço de pré-natal, finalizando-o somente quando a gestante for admitida na maternidade para o parto⁽¹²⁾.

Vale a pena salientar que semelhante a outros estudos nacionais^(3-4,11), pouco mais da metade das gestantes foi orientada sobre o local do parto, apesar de existir uma maternidade municipal que é referência para risco habitual e intermediário. Menos de um terço não visitou a maternidade, sendo esta, também, uma ação de responsabilidade da APS⁽¹⁰⁾. Esta desinformação pode levar a mulher à peregrinação para a assistência ao parto, o que pode gerar complicações ao binômio^(3,11).

A baixa proporção de mulheres que foram orientadas sobre o trabalho de parto e o parto durante o acompanhamento pré-natal, e o recebimento de orientações inadequadas, novamente evidenciaram a inadequação deste cuidado⁽¹⁾. A postura do profissional pode mudar este cenário, facilitar o acolhimento e potencializar as relações interpessoais entre este e a gestante.

Soma-se à inadequação do cuidado, o descuido do MS em seu manual de pré-natal quando evidencia os benefícios da cesárea planejada, como a “conveniência, maior segurança para o bebê e menos trauma no assoalho pélvico da gestante, além de não passar pela dor do parto”⁽¹¹⁾.

Em um estudo também realizado no Paraná, evidenciou-se a carência de orientações sobre o parto no pré-natal e a falta de profissionais capacitados para a educação em saúde. O preparo para a maternidade se limitava aos cuidados com o recém-nascido, mostrando uma lacuna deste atendimento em relação ao processo de nascimento⁽¹⁾. Esta realidade nos remete à discussão sobre os direitos humanos, que são centrais para a promoção da saúde e bem-estar das gestantes, bem como para a prestação de

cuidados de alta qualidade. O Instituto Britânico de Direitos Humanos solicitou ao Colegio Real de Enfermeiros Obstétricos do Reino Unido um guia com diretrizes para a assistência ao ciclo gravídico puerperal, ressaltando que a experiência e especialização destes profissionais assegurou que o mesmo fosse prático e relevante⁽²⁰⁾. Ressalta-se que a organização da assistência à mulher no período que abrange a gravidez, parto e puerpério é totalmente implementada por enfermeiros obstetras nestes países.

Em relação às orientações de como vivenciar melhor o trabalho de parto e o ensinamento de exercícios para lidar melhor com a dor neste processo foram extremamente escassas. Estas orientações são de grande valia para o empoderamento da mulher, especialmente para aquelas que irão vivenciar este momento pela primeira vez⁽¹²⁾.

Entende-se que, ‘o que fazer’ e ‘o porquê fazer’ são aspectos da assistência já amplamente discutidos de forma sistemática. Porém, ‘o como fazer’ parece estar perdido no contexto do processo de trabalho na assistência pré-natal. O grupo de apoio ou “roda de gestantes” é um exemplo de ação que complementa o atendimento das consultas pré-natais, prepara o casal para o parto, ensinando exercícios corporais que facilitarão o trabalho de parto⁽¹⁻²⁾. Outras estratégias como esta devem ter como objetivo modificar a atitude da mulher e de seu acompanhante para que, ao invés de relacionar o parto com medo e dor, enxerguem este processo com segurança, tranquilidade e participação ativa^(2,10).

Como limite deste estudo, aponta-se seu caráter transversal, que reflete uma realidade específica em um tempo determinado. Entretanto, as informações geradas são representativas desta realidade e podem servir de subsídio para novos estudos sobre a mesma temática.

■ CONCLUSÃO

As características da assistência pré-natal que se associaram a menos orientação para o parto foram o menor número de consultas, o maior intervalo entre a última consulta e o parto e classificação da adequação do cuidado pré-natal como intermediário e inadequado. Estes achados indicam os caminhos que precisam ser explorados pelos gestores, equipe de saúde e em especial pelo enfermeiro, para que estas mulheres cheguem ao momento do parto melhor preparadas. Também apontam para a necessidade do desenvolvimento de outros estudos que explorem como efetivar o acesso às orientações essenciais para o parto durante o pré-natal, bem como, investiguem a necessidade de incorporação do enfermeiro obstetra nas equipes que atuam na atenção primária à saúde.

■ REFERÊNCIAS

1. Souza VB, Roecker S, Marcon SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. *Rev Eletr Enf.* 2011 abr/jun [citado 2017 mai 21];13(2):199-210. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10162>.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco: manual técnico. Brasília (DF); 2012.
3. 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 Coletiva.* 2014 jul [citado 2017 mai 21];19(7):1999-2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.08622013>.
4. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2014 [citado 2017 mai 21];30(1):S85-S100. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>.
5. World Health Organization (CH). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva:WHO; 2016 [cited 2017 May 25] Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf>.
6. Gomes MASM. Compromisso com a mudança. *Cad Saúde Pública.* 2014 [citado 2017 mai 21];30(1):S41-S42. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X0065114>.
7. Paris GF, Peloso SM, Martins PM. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013 out [citado 2017 mai 21];35(10):447-52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013001000004>.
8. Santos Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E, Gama SGN, Leal MC. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? *Cad Saúde Pública.* 2012 set [citado 2017 mai 21];28(9):1650-62. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900005>.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria n° 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil.* 2011 jun 27;148(121 Seção 1):109-11.
10. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (BR). Superintendência de Atenção à Saúde. Linha guia Rede Mãe Paranaense. Curitiba; 2013.
11. 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 mar [citado 2017 mai 21];28(3):425-37. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>.
12. Ministério da Saúde (BR), Universidade Estadual do Ceará. Humanização do parto e do nascimento. Brasília (DF); 2014. *Cadernos Humaniza SUS*, v.4.
13. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Expanding the discussion [Obstetric interventions during labor and childbirth]. *Cad Saúde Pública.* 2014 [cited 2016 Dec 06];30(Supl. 1):S27-S30. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0043.pdf.
14. Prefeitura do Município de Londrina (BR), Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde. Plano municipal de saúde 2014-2017. Londrina; [2013] [citado 2017 mai 21]. Disponível em: http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/Plano%20Municipal/plano_municipal_de_saude_2014_2017.pdf.
15. Ministério da Saúde. Datasus. CNESNet. Cadastro nacional de estabelecimento de saúde [Internet]. 2015 [citado 2017 mai 21]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp.
16. Coutinho T, Monteiro MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, Coutinho CM, Coutinho LM. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do sudeste brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010 nov [citado 2017 mai 21];32(11):563-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032010001100008>.
17. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil.* 2013 jun 13;150(112 Seção 1):59-62.
18. Guimarães, PRF. O papel do enfermeiro no pré-natal humanizado no PSF. *Rev Saúde AJES-SAJES [Internet].* 2015 [citado 2017 mai 21];10(3):359-67. Disponível em: <http://www.revista.ajes.edu.br/index.php/SAJES/article/view/28>.
19. Rossi FR, Lima MAD. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. *Rev Bras Enferm.* 2005 jun [citado 2017 mai 21];58(3):305-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000300010>.
20. The British Institute of Human Rights School of Law. Midwifery and human rights: a practitioner's guide. London; ©2016 [cited 2017 May 26]. Available from: <https://www.bih.org.uk/Handlers/Download.ashx?DMF=844b6bc8-c85e-4386-adb9-6ef9d88ef1ab>.

■ Autor correspondente:

Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
E-mail: macielalexandrina@gmail.com

Recebido: 22.12.2016

Aprovado: 13.06.2017