



ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E SUA ASSOCIAÇÃO COM O TIPO DE PARTO NA REDE SUPLEMENTAR DE SAÚDE

Zelina Hilária de Sousa Rosa*
Rosemeire Sartori de Albuquerque**
Maria Cristina Gabrielloni***
Márcia Barbieri****

RESUMO

Objetivo: analisar os fatores associados à assistência pré-natal com o tipo de parto na rede suplementar de saúde. **Método:** estudo epidemiológico, transversal conduzido por análise secundária de parte dos dados da pesquisa "Nascer Saudável: estudo prospectivo de avaliação da implantação e efeitos de intervenção multifacetada para melhoria da qualidade da atenção ao parto e nascimento em hospitais no Brasil". Foram incluídas 2 435 mulheres, admitidas em cinco maternidades das cidades de São Paulo e Santos mediante entrevistas no período pós-parto, consultas em prontuários e cartão de pré-natal. Os dados foram analisados descritivamente. Foi utilizado teste qui-quadrado e exato de Fisher para associação entre variáveis e para comparação de médias entre grupos o teste *t Student*. **Resultado:** o pré-natal, para a maioria das gestantes (44,6%), foi realizado em consultório particular seguido de ambulatório do plano de saúde (38,3%). A predominância dos atendimentos às gestantes foi feita pelo médico (92,5%). O desfecho do parto, majoritariamente cesariana (76,6%), seguido de 23,4% de partos vaginais. **Conclusão:** puérperas que realizaram o pré-natal no consultório particular com financiamento privado do parto tiveram maior chance de parto cesárea. A participação conjunta da enfermeira obstetra com o médico mostrou leve tendência a impactar na via de parto vaginal.

Palavras-chave: Assistência Pré-Natal. Saúde Materna. Parto Humanizado. Saúde Suplementar.

INTRODUÇÃO

O acompanhamento pré-natal tem a intenção de reduzir a mortalidade materna e perinatal, bem como o acesso das mulheres aos serviços qualificados para identificação e controle dos riscos objetivando assegurar a evolução da gravidez, preparar a gestante para o parto, puerpério, lactação além de identificar precocemente possíveis situações de risco, com o objetivo de prevenir complicações mais frequentes no ciclo gravídico-puerperal⁽¹⁾.

O pré-natal realizado adequadamente favorece o parto mais seguro, com chance de menores intercorrências e desfechos menos desfavoráveis, bem como propicia a satisfação da mulher com o processo de nascimento⁽²⁾.

Nesse sentido, é fundamental conhecer a fisiologia no processo de gestar e parir para poder orientar e estimular a participação das

mulheres na tomada segura de decisões norteadas pelas boas práticas no cuidado, com respeito aos seus direitos. A assistência prestada por médicos e enfermeiros pode ser realizada por meio de consultas intercaladas realizadas no pré-natal de risco habitual⁽³⁾.

Sendo elos importantes, os enfermeiros que atuam na atenção pré-natal são profissionais fundamentais para orientar, estimular e empoderar a mulher para que esta possa expressar suas necessidades e desejos, propiciando o protagonismo durante a gestação, parto e puerpério⁽⁴⁾.

A atuação do enfermeiro na consulta de pré-natal é de suma importância para a garantia de assistência integral e de qualidade e criar subsídios para construção de uma comunicação efetiva e útil para o acompanhamento e acolhimento da gestante, em todo o processo gravídico-puerperal⁽⁴⁾.

*Enfermeira, Mestra em Enfermagem, E-mail: zelina.rosa@unifesp.br, ORCID ID <https://orcid.org/0000-0002-0885-1622>

**Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente Escola de Artes Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, E-mail: rosemeiresartori@usp.br ORCID ID <https://orcid.org/0000-0001-8593-5080>

***Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, E-mail: gabrielloni@unifesp.br, ORCID ID <https://orcid.org/0000-0003-2395-9161>

****Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, E-mail: mbarbieri@unifesp.br, ORCID ID <https://orcid.org/0000-0002-4662-1983>

A Resolução Normativa nº 398/2016 da Agência Nacional de Saúde Suplementar é um importante documento que favorece a participação do enfermeiro na assistência obstétrica. Discorre sobre a inclusão e obrigatoriedade de credenciamento de enfermeiros(as) obstétricos(as) e obstetrizas na assistência à saúde e realização do parto. Trata-se de uma resolução inédita no país, pois somente profissionais médicos, até então, eram credenciados junto às operadoras de planos de saúde⁽⁵⁾.

No pré-natal o profissional deve orientar acerca do trabalho de parto e parto(?), sendo fundamental para a redução da ansiedade, do medo e insegurança, além de estimular a própria gestante a exercer a autonomia na escolha deste processo, o que a protege contra decisões que possam comprometer o bem-estar materno e fetal. A atenção pré-natal envolve uma relação qualitativa e acolhedora e não somente quantitativa^(6,7).

Diante do exposto tem-se que é de grande importância a avaliação da assistência pré-natal e sua relação com o desfecho do parto, uma vez que o cuidado qualificado durante a gestação implica na prevenção de circunstâncias e morbidades específicas que podem vir a ocorrer. Neste contexto, o presente estudo objetivou analisar os fatores associados à assistência pré-natal com o tipo de parto na rede suplementar de saúde.

MÉTODO

Estudo epidemiológico de corte transversal conduzido por meio de análise secundária dos dados da pesquisa “Nascer Saudável: estudo prospectivo de avaliação da implantação e dos efeitos de intervenção multifacetada para melhoria da qualidade da atenção ao parto e nascimento em hospitais no Brasil”, submetido e aprovado ao edital MCTI/CNPq/MS/SCTIE/Decit/Fundação Bill e Melinda Gates Nº 47/2014.

Refere-se a um recorte do inquérito sobre parto e nascimento, estudo multicêntrico de base hospitalar com abrangência nacional, coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fiocruz, no qual, após o desenvolvimento de uma série de estratégias de

divulgação e mobilização dos hospitais, foram inscritas 42 instituições, das quais 20 estavam entre as 100 mais relevantes em volume de partos do setor privado no Brasil, dentre os quais 19 pertenciam à rede própria das operadoras de planos de saúde, hospitais que pertenciam a rede suplementar⁽⁸⁾.

O inquérito Nascer Saudável (NS) é um estudo de caso do grau de implantação das estratégias propostas pelo Projeto Parto Adequado (PPA) e seus efeitos nos resultados perinatais, especialmente na taxa de cesariana.

De acordo com o número de partos, taxa de cesariana, localização geográfica por macrorregião, localização na cidade (capital ou interior) e proporção de leitos privados, foram selecionados os hospitais para a coleta de dados da pesquisa “Nascer Saudável” no ano de 2017.

No presente estudo apresentar-se-ão os dados coletados referentes a cinco hospitais da cidade de São Paulo e um da cidade de Santos.

Participaram todas as mulheres admitidas nas maternidades selecionadas por ocasião da assistência ao parto.

Os critérios de inclusão foram: puérperas admitidas nas maternidades selecionadas por ocasião da realização de parto e seus conceitos vivos, independentemente da idade gestacional ou peso ao nascer ou mortos com idade gestacional ≥ 20 semanas e/ou peso ao nascer ≥ 500 g.

Os critérios de exclusão adotados foram aplicados às mulheres que: pariram no domicílio, apresentaram alguma doença mental grave, não compreendiam o idioma português, tiveram direito ao aborto assegurado pela justiça, com gestação múltipla e as que não concordaram em participar da pesquisa.

Todas as puérperas elegíveis foram convidadas a participar da pesquisa e somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) se deu início à entrevista presencial em local reservado, previamente identificado pela equipe da pesquisa em conjunto com responsável pela unidade de internação, de forma a garantir a privacidade das participantes.

Para registro das entrevistas foi utilizado um dispositivo móvel (tablet) com um software *Research Electronic Data Capture* (REDCap). Os dados coletados foram exportados

diariamente pelo entrevistador, diretamente para o portal da pesquisa, a fim de alimentar o banco de dados hospedado no servidor da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP-Fiocruz na cidade do Rio de Janeiro.

A via de parto categorizada como vaginal e cesariana foi considerada variável dependente. Já as variáveis independentes foram divididas em duas categorias: dados sociodemográficos: faixa etária, cor, escolaridade, situação conjugal, classe econômica, trabalho remunerado e possuidora de plano de saúde. Dados obstétricos e da assistência pré-natal: número de gestações incluindo a atual, número total de abortos anteriores (gestação anterior), paridade, parto operatório em cesariana anterior, parto vaginal anterior, trimestre gestacional de início do pré-natal, tipo de gestação, local de realização do pré-natal, profissional que prestou assistência pré-natal, número de consultas, início do pré-natal, informações sobre ações não farmacológicas para alívio da dor e ansiedade (bola, chuveiro, banheira, deambulação e cavalinho) que poderiam receber durante o trabalho de parto para facilitar o nascimento do bebê, fonte de informações sobre a gravidez, riscos e benefícios de cada tipo de parto, tipo de parto mais seguro, plano de parto, plano de parto respeitado, preferência sobre o tipo de parto no começo da gravidez e mudança na preferência sobre o tipo de parto ao longo da gravidez.

Inicialmente os dados foram analisados descritivamente. Para as variáveis categóricas foram apresentadas frequências absolutas e relativas e para as variáveis numéricas, medidas-

resumo (média, quartis, mínimo, máximo e desvio-padrão). A comparação de médias entre dois grupos foi realizada utilizando-se o teste *t de Student* para amostras independentes.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob número 3.317.623 e CAAE 11886919.6.0000.5505.

RESULTADOS

Participaram da investigação 2 435 puérperas entrevistadas, com coleta de dados de seus respectivos prontuários e dos seus bebês, além do cartão de pré-natal. Quanto às características sociodemográficas, 60,6% tinham idade de 30 a 39 anos, 63,7% eram brancas, 5,2% tinham de 11 a 14 anos de estudo (independentemente de possuir pós-graduação). Além disso, 53,7% pertenciam à classe econômica B e 77,6% possuíam algum trabalho remunerado. Com relação a possuir assistência de saúde suplementar, 97,7% tinham direito a algum plano de saúde, particular, de empresa ou órgão público. Quanto à caracterização obstétrica, 48,2% das puérperas encontravam-se na primeira gestação, sendo que, dentre as mulheres com gestação anterior, 36,3% tiveram pelo menos um aborto. Eram primíparas 56,4% das participantes, entre as múltiparas, 31,2% possuíam cesariana anterior e apenas 14,9%, parto vaginal prévio. No início do pré-natal, 94,1% das mulheres estavam com até 12 semanas e 3,3% tinham gestação gemelar (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das puérperas, segundo características sociodemográficas.

Variáveis	N	%
Faixa Etária	2.434	100,0%
10 a 19 anos	58	2,4%
20 a 24 anos	236	9,7%
25 a 29 anos	504	20,7%
30 a 34 anos	840	34,5%
35 a 39 anos	635	26,1%
40 anos e mais	161	6,6%
Sem informação	1	
Cor	2.433	100,0%
Branca	1.550	63,7%
Preta/Parda/Morena	819	33,7%
Amarela/Oriental	62	2,5%
Indígena	2	0,1%
Sem informação	2	
Escolaridade	2.426	100,0%

1 a 10 anos de estudo	127	5,2%
11 a 14 anos de estudo	1.156	47,7%
15 anos e mais sem pós-graduação	634	26,1%
15 anos e mais com pós-graduação	509	21,0%
Sem informação	9	
Situação conjugal	2.427	100,0%
Solteira	167	6,9%
Casada/vive com companheiro	2.230	91,9%
Separada/Divorciada	29	1,2%
Viúva	1	0,0%
Sem informação	8	
Classe Econômica segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil	2.435	100,0%
Classe E + D (0 a 16)	7	0,3%
Classe C (17 a 28)	532	21,8%
Classe B (29 a 44)	1.308	53,7%
Classe A (45 a 100)	588	24,1%
Trabalho Remunerado	2.427	100,0%
Não	543	22,4%
Sim	1.884	77,6%
Sem informação	8	
Plano de Saúde	2.434	100,0%
Não	55	2,3%
Sim	2.379	97,7%
Sem informação	1	

Nas associações entre os dados obstétricos e de assistência pré-natal com o parto realizado, a Tabela 2, a seguir, evidencia que tanto para o parto vaginal como para a cesariana a grande maioria, cerca de 80% das mulheres, realizou o pré-natal em consultórios particulares ou ambulatoriais do plano de saúde, porém as que foram assistidas no serviço público apresentaram proporção maior de partos normais (5,1%) quando comparadas com as submetidas ao parto cesariana (2,6%).

Independentemente do tipo de parto, a assistência pré-natal foi majoritariamente realizada por médicos, cerca de 90,0%, porém pode-se perceber que, quando houve a participação do enfermeiro conjuntamente com o médico a proporção foi maior de partos vaginais (9,9%).

A maioria das mulheres submetidas tanto a parto vaginal (81,4%) quanto a cesariana (72,8%), respondeu ter recebido informações relacionadas a ações não farmacológicas que

poderiam fazer uso durante o trabalho de parto, tais como: bola, chuveiro, banheira, deambulação e cavalinho, para facilitar o nascimento do bebê.

Quanto às informações sobre o tipo de parto mais seguro, os dados demonstram que as mulheres que realizaram cesariana obtiveram menos informações sobre o parto vaginal (8,2%). Dentre as que tiveram informações sobre o tipo de parto vaginal no começo da gravidez, 83,2% realizaram este tipo de parto, em contrapartida, 41,1% das que tiveram informações sobre parto cesáreo o realizaram. A maioria das mulheres, tanto as submetidas ao parto vaginal quanto à cesárea, não mudou a preferência sobre o tipo de parto ao longo da gravidez. A opinião sobre o tipo de parto planejado prevaleceu, porém, em uma parcela importante das puérperas (44,2 %) que tiveram parto cesariana, a decisão foi conjunta com o médico.

Tabela 2. Distribuição das puérperas por fatores associados ao pré-natal, segundo parto realizado.

Tabela 2: Distribuição das puérperas por fatores associados ao pré-natal, segundo parto realizado.					
Variável	Tipo de parto realizado				P
	Vaginal		Cesárea		
	N	%	N	%	
Local do pré-natal	567	100,0%	1.865	100,0%	0,006
Hospital	22	3,9%	109	5,8%	

Consultório particular	246	43,4%	838	44,9%	
Ambulatório do plano de saúde	214	37,7%	718	38,5%	
Serviço público	29	5,1%	48	2,6%	
Em mais de um local	56	9,9%	146	7,8%	
Outro local	0	0,0%	6	0,3%	
Profissional que prestou assistência pré-natal	564	100,0%	1.853	100,0%	0,026 ^a
Só médico	507	89,9%	1.728	93,3%	
Só enfermeira	1	0,2%	2	0,1%	
Médico e enfermeiro	56	9,9%	123	6,6%	
Informações sobre ações que poderia fazer durante o trabalho de parto para facilitar o nascimento do bebê	570	100,0%	1.865	100,0%	<0,001
Não	106	18,6%	508	27,2%	
Sim	464	81,4%	1.357	72,8%	
Informações sobre riscos e benefícios de cada tipo de parto	566	100,0%	1.864	100,0%	0,039
Não	191	33,7%	544	29,2%	
Sim	375	66,3%	1.320	70,8%	
Informações sobre tipo de parto mais seguro para mãe e bebê	567	100,0%	1.864	100,0%	<0,001
Vaginal	394	69,5%	767	41,1%	
Cesárea	4	0,7%	153	8,2%	
Tanto o parto vaginal quanto a cesárea	159	28,0%	874	46,9%	
Não ficou esclarecida	10	1,8%	70	3,8%	
Preferência do tipo de parto no começo da gravidez	570	100,0%	1.864	100,0%	<0,001
Parto vaginal	474	83,2%	944	50,6%	
Cesariana	69	12,1%	771	41,4%	
Não tinha preferência alguma	27	4,7%	149	8,0%	
Mudança do tipo de parto ao longo da gravidez	541	100,0%	1.714	100,0%	<0,001
Não	482	89,1%	1.397	81,5%	
Sim	59	10,9%	317	18,5%	
Decisão sobre o tipo de parto	568	100,0%	1.862	100,0%	<0,001 ^a
Da puérpera	364	64,1%	694	37,3%	
Do médico	41	7,2%	338	18,2%	
Da enfermeira	1	0,2%	2	0,1%	
Conjunta	157	27,6%	823	44,2%	
Outra pessoa	5	0,9%	5	0,3%	

Nota: p - nível descritivo do teste de Qui-Quadrado ou exato de Fisher(^a)

De acordo com a Tabela 3, identificam-se distribuições distintas por parto desejado e realizado para as variáveis de assistência pré-natal, exceto quanto ao profissional que prestou assistência pré-natal ($p=0,226$) e informação sobre os riscos e benefícios de cada tipo de parto ($p=0,061$). Dessa forma, verifica-se que em relação ao local de realização do pré-natal, maior frequência (50,7%) de mulheres com preferência por cesariana e que teve o desfecho de parto vaginal entre as que frequentaram o ambulatório de plano de saúde, do que as de consultório particular (29,0%). Quanto ao tipo de parto mais seguro para a mãe e o bebê, no grupo de mulheres que realizaram parto vaginal, independente da preferência (71,5%) ou ausência de preferência inicial (56,0%), receberam informação de que “O parto vaginal é mais seguro para a mãe e para o bebê”.

Com relação às puérperas que almejavam

parto vaginal e assim aconteceu, prevaleceu 70,3% entre as quais a decisão sobre o tipo de parto foi delas, enquanto, para as que queriam parto vaginal e ocorreu uma cesariana, a maior proporção foi de decisão conjunta entre elas e seus médicos (48,3%), bem como quando da preferência por parto cesariana e ocorreu o vaginal (37,7%). Mas dado relevante fica evidenciado quanto ao fato de a mulher não ter manifestado preferência, percentagem maior (57,5%) foi de cesariana e menor (40,7%) foi de parto vaginal.

As enfermeiras obstetras se fizeram representar no cuidado ao parto em apenas 1,8% dos casos, sendo a maioria (98,2%) assistida pelo médico, com 97,4% acompanhadas por uma pessoa conhecida. Com relação aos recém-nascidos, 99,2% nasceram vivos, destes 7,4% com baixo peso e 4,9% apresentaram macrosomia.

Tabela 3. Distribuição das puérperas por variáveis do pré-natal, segundo parto desejado e realizado.

	Parto desejado e realizado												p
	Parto vaginal (preferência)	Cesariana (preferência)	Parto vaginal (preferência)	Cesariana (preferência)	Parto vaginal (preferência)	Cesariana (preferência)	Parto vaginal (preferência)	Cesariana (preferência)	Parto vaginal (preferência)	Cesariana (preferência)	Parto vaginal (preferência)	Cesariana (preferência)	
	Parto vaginal (realizado)	Cesariana (realizado)	Parto vaginal (realizado)	Cesariana (realizado)	Parto vaginal (realizado)	Cesariana (realizado)	Parto vaginal (realizado)	Cesariana (realizado)	Parto vaginal (realizado)	Cesariana (realizado)	Parto vaginal (realizado)	Cesariana (realizado)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Local do pré-natal	473	100,0%	771	100,0%	944	100,0%	69	100,0%	25	100,0%	149	100,0%	<0,001 ^a
Hospital	17	3,6%	55	7,1%	49	5,2%	5	7,2%	0	0,0%	5	3,4%	
Consultório particular	213	45,0%	324	42,0%	427	45,2%	20	29,0	13	52,0%	87	58,4%	
Ambulatório do plano de saúde	168	35,5%	321	41,6%	355	37,6%	35	50,7%	11	44,0%	42	28,2%	
Serviço público	28	5,9%	20	2,6%	26	2,8%	1	1,4%	0	0,0%	2	1,3%	
Em mais de um local	47	9,9%	49	6,4%	83	8,8%	8	11,6%	1	4,0%	13	8,7%	
Outro local	0	0,0%	2	0,3%	4	0,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Profissional da assistência pré-natal	470	100,0%	764	100,0%	940	100,0%	69	100,0%	25	100,0%	149	100,0%	0,226 ^a
Só médico	420	89,4%	712	93,2%	874	93,0%	64	92,8%	23	92,0%	142	95,3%	
Só enfermeira	1	0,2%	0	0,0%	2	0,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Médico e enfermeiro	49	10,4%	52	6,8%	64	6,8%	5	7,2%	2	8,0%	7	4,7%	
Informações sobre coisas que poderia fazer durante o trabalho de parto para facilitar o nascimento do bebê	474	100,0%	771	100,0%	944	100,0%	69	100,0%	27	100,0%	149	100,0%	<0,001
Não	78	16,5%	286	37,1%	185	19,6%	22	31,9%	6	22,2%	36	24,2%	
Sim	396	83,5%	485	62,9%	759	80,4%	47	68,1%	21	77,8%	113	75,8%	
Riscos e benefícios por tipo de parto	472	100,0%	771	100,0%	944	100,0%	69	100,0%	25	100,0%	149	100,0%	0,061
Não	158	33,5%	235	30,5%	275	29,1%	21	30,4%	12	48,0%	34	22,8%	
Sim	314	66,5%	536	69,5%	669	70,9%	48	69,6%	13	52,0%	115	77,2%	
Tipo de parto seguro para mãe/ bebê	473	100,0%	771	100,0%	944	100,0%	69	100,0%	25	100,0%	149	100,0%	<0,001 ^a
Parto vaginal	338	71,5%	240	31,1%	495	52,4%	42	60,9%	14	56,0%	32	21,5%	
Cesárea	3	0,6%	105	13,6%	39	4,1%	1	1,4%	0	0,0%	9	6,0%	
Ambos	125	26,4%	390	50,6%	379	40,1%	23	33,3%	11	44,0%	105	70,5%	
Não ficou esclarecida	7	1,5%	36	4,7%	31	3,3%	3	4,3%	0	0,0%	3	2,0%	
Mudança tipo de parto na gravidez	472	100,0%	770	100,0%	944	100,0%	69	100,0%	-	-	-	-	<0,001
Não	448	94,9%	706	91,7%	691	73,2%	34	49,3%	-	-	-	-	
Sim	24	5,1%	64	8,3%	253	26,8%	35	50,7%	-	-	-	-	
Decisão sobre o tipo de parto	472	100,0%	770	100,0%	943	100,0%	69	100,0%	27	100,0%	149	100,0%	<0,001 ^a
Sua	332	70,3%	409	53,1%	245	26,0%	21	30,4%	11	40,7%	40	26,8%	
Do médico	18	3,8%	77	10,0%	238	25,2%	19	27,5%	4	14,8%	23	15,4%	
Da enfermeira	1	0,2%	1	0,1%	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Conjunta	120	25,4%	282	36,6%	455	48,3%	26	37,7%	11	40,7%	86	57,7%	
Outra pessoa	1	0,2%	1	0,1%	4	0,4%	3	4,3%	1	3,7%	0	0,0%	

Nota: p - nível descritivo do teste de Qui-Quadrado ou exato de Fisher(^a)

A Tabela 4 revela que 31,7% das puérperas responderam que desejavam e foram submetidas a parto cesariana, enquanto 19,5% desejavam e realizaram o parto vaginal. Verifica-se

porcentagem elevada (38,8%) de mulheres que, apesar de inicialmente preferirem parto vaginal, acabaram por realizar parto cesariana, já o inverso foi apenas de 2,8%.

Tabela 4. Distribuição das puérperas por parto desejado e realizado.

Preferência	N	%
Preferência inicial de tipo de parto e parto realizado	2.434	100,0
Parto vaginal (pré) - Parto vaginal (realizado)	474	19,5
Cesariana (pré) - Cesariana (realizado)	771	31,7
Parto vaginal (pré) - Cesariana (realizado)	944	38,8
Cesariana (pré) - Parto vaginal (realizado)	69	2,8
Não tinha preferência alguma (pré) - Parto vaginal (realizado)	27	1,1
Não tinha preferência alguma (pré) - Cesariana (realizado)	149	6,1
Sem informação	1	

DISCUSSÃO

Os dados encontrados no estudo permitiram identificar pouca divergência das características sociodemográficas das mulheres que tiveram parto em instituições privadas, quando comparados com o estudo Nascer no Brasil, estudo de âmbito nacional realizado em hospitais da rede pública de saúde. Esta investigação mostra que houve predominância no aumento da idade materna e maior escolaridade, sendo a maioria de etnia

branca, revelando que no setor privado as mulheres engravidam em período fértil ideal e o acesso da população negra é menor, cuja amostra de puérperas da cor negra foi de 3,3% no setor privado⁽⁸⁾. No que diz respeito à escolaridade, o estudo obteve resultados com cerca da metade das puérperas com 11 a 14 anos de estudo, sendo esse nível considerado bom para contribuir com o desenvolvimento do pré-natal, devido à maior compreensão das informações⁽⁹⁾.

A maioria das puérperas era casada ou vivia

com companheiro, pertencia à classe econômica B, além de possuir trabalho remunerado e ter direito a algum plano de saúde particular. Pode-se perceber que estes dados são semelhantes a outro estudo encontrado na literatura⁽⁹⁾.

Outro estudo analisou fatores que influenciavam a escolha da via de parto pela gestante na rede pública e suplementar em saúde e encontrou disparidade entre as cesarianas ocorridas no serviço público e privado de saúde, os achados equiparam ao desta pesquisa quanto à maior prevalência de cesarianas nas mulheres atendidas nos serviços privados⁽¹⁰⁾.

Evidencia-se que a frequência do uso do consultório médico particular e ambulatoriais do plano de saúde foi maior tanto para as mulheres que tiveram parto vaginal como para as submetidas à cesariana; no entanto, as que foram assistidas no serviço público tiveram proporção maior de parto normal do que de cesariana. Neste sentido, estudo realizado no Rio Grande do Sul, no ano de 2019, evidenciou que, quando o mesmo médico acompanha o pré-natal e o parto, a situação favorece à transformação do tipo de parto em um item de consumo, o qual é acessível de acordo com o poder de compra da paciente.⁽¹¹⁾

O fato de a minoria das mulheres do presente estudo mudarem a sua escolha de parto cirúrgico ao longo da gestação para o parto vaginal, não é uma realidade na maioria dos serviços privados do Brasil. Estudo de revisão integrativa sobre escolha da via de parto e autonomia das mulheres no Brasil, concluiu que as usuárias da rede suplementar, diferentemente da rede pública, sentem a receptividade do médico diante da cesariana a pedido, porém não se sentem adequadamente informadas acerca das vias de parto durante seu acompanhamento, o que caracteriza a assistência prestada⁽¹²⁾.

Sabe-se que o uso excessivo de cesarianas, pode aumentar as chances de riscos e danos para a mãe e para o bebê. Quando o acompanhamento é realizado por uma equipe multidisciplinar e não centrado somente no médico, aumentam as chances de parto vaginal e, como tal, os desfechos do parto tendem a ser benéficos para as mulheres. Estudo divulgado na Revista Lancet quanto ao impacto da assistência realizada por enfermeiras obstetras na redução da mortalidade materna e neonatal, realizado em 88 países mostrou que a presença da profissional pode ajudar na redução de

40% de mortes maternas e neonatais e 26% de natimortos em países de baixa e média renda. Assim, pode-se entender que quando os cuidados são liderados pelas enfermeiras obstétricas/obstetrizes, são fortemente associados a um maior número de partos fisiológicos e seguros⁽¹³⁾.

Neste contexto, pesquisas nacionais apontam para a importância da inserção da enfermeira obstetra em maternidades, a fim de viabilizar um cuidado humanizado ao parto e ao nascimento, redução do número de intervenções desnecessárias, além de promoverem informações sobre o processo de parto, favorecerem a autonomia e protagonismo das mulheres^(14,15).

Sendo assim, é importante levar em consideração a inserção de outros profissionais na assistência direta ao parto de baixo risco, como enfermeiras obstetras e/ou obstetrizes, conforme já ocorre em outros países, a exemplo da Holanda, onde a intervenção médica é menor e evidencia resultados positivos que demonstram impacto positivo na redução da cesariana.⁽¹⁶⁾

Na cidade de São Paulo, onde a maior parte do presente estudo foi realizado, o pré-natal assistido por enfermeiros no setor privado é quase inexistente (0,3%). O desconhecimento sobre a participação do enfermeiro na assistência pré-natal e parto, mostra que ainda precisamos avançar quanto à participação deste profissional no cuidado gestacional. Tal dado distingue-se da região Norte (50,4%) e Nordeste (51,6%) do país e entre mulheres indígenas, onde a maior concentração da assistência pré-natal é realizada no serviço público por enfermeiros, provavelmente pela menor disponibilidade de médicos nessas regiões, particularmente nas cidades do interior⁽¹⁷⁾.

O Decreto nº 94.406/1987 sobre a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem informa que o pré-natal de baixo risco obstétrico pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro⁽¹⁸⁾. Além de que, uma das diretrizes para atenção pré-natal preconizadas pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)⁽¹⁹⁾ e pela Rede de Atenção Materno-Infantil⁽¹⁾ é a participação do enfermeiro como membro da equipe de saúde que presta assistência direta à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.

Estudo realizado sobre a contribuição da enfermeira(o) obstetra nas boas práticas evidenciou que com a atuação da(o) profissional fica clara a

assistência de forma humanizada no contexto das evidências científicas como é preconizado pelo Ministério da Saúde, realizando um trabalho com qualidade e conseguem desenvolver as práticas de cuidado que fornece benefícios tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. Utilizam as tecnologias de cuidado para proporcionar conforto e ajudar no processo do trabalho de parto, parto e nascimento e estimulam parturientes a perceberem seus corpos com autonomia no processo do nascimento⁽²⁰⁾.

No que se refere às informações recebidas durante as consultas de pré-natal, foi identificado no presente estudo que 69,8% das gestantes foram informadas sobre os riscos e benefícios de cada tipo de parto. A falta de esclarecimento sobre o risco da cesariana deixa as gestantes vulneráveis e propícias a serem induzidas por parte dos profissionais que as atendem no pré-natal, pela escolha do tipo de via de parto, já que supostamente estes profissionais detêm o conhecimento. Cabe destacar que embora haja a ideia de que as gestantes compreendam os riscos do parto cesáreo e tenham preferência pelo parto vaginal, o receio da dor e o medo do desconhecido acaba prejudicando na decisão final do tipo de parto a ser escolhido, causando um alto índice de cesáreas, tal como se observa no Brasil.

Quando as participantes do presente estudo foram questionadas sobre o tipo de parto mais seguro, 8,2% delas que realizaram cesariana obtiveram menos informação sobre o parto vaginal ser mais seguro para a mãe e para o bebê. Sabe-se que as informações devem ser individualizadas e pautadas nas necessidades de saúde de cada mulher. As evidências atuais reforçam a importância das orientações sobre a via de parto, para que a mulher possa ter conhecimento suficiente sobre as suas possibilidades e as melhores práticas, para assim, poder tomar decisões seguras e suas escolhas serem respeitadas.⁽²¹⁾ Quando as mulheres fazem a escolha do seu parto individualmente, a maioria delas opta pelo parto normal. Por outro lado, quando o médico decide sozinho sobre o tipo de parto a ser realizado, a maioria indica a cesariana⁽²²⁾.

Os dados do presente estudo mostram que houve participação das mulheres na decisão para o tipo de parto predominantemente entre as que queriam parto vaginal e o desfecho foi o desejado

(70,3%) comparativamente ao grupo que preferiam e tiveram parto cesariana (53,1%). Já para as que tiveram um tipo de parto diferente ao desejado inicialmente, apresentaram porcentagem maior da decisão ter sido tomada pelo médico (25,2%) comparativamente às demais. O fato ressalta a importância do letramento das gestantes pelos profissionais que as atendem em todo o processo de parturição. A forma como as informações e orientações sobre o processo gestacional e parturitivo são transmitidas para a gestante, interferem fortemente na expectativa quanto ao parto e ao nascimento, contribuindo ou não para uma experiência positiva do parto⁽²³⁾.

Quando a mulher é informada sobre os tipos de parto, pode-se perceber baixa proporção de relatos, seja para a preferência pelo parto vaginal ou pela operação cesariana, mostrando que o processo de decisão das mulheres brasileiras não tem relevância, diferentemente de estudos internacionais que mostram a informação como fator de grande relevância para a participação das gestantes na decisão e na satisfação com o parto⁽²³⁾.

Fica evidente com os dados encontrados no presente estudo, ser fundamental que o profissional de saúde que assiste a mulher, desenvolva escuta qualificada, forneça explicações ou desenvolva tecnologias educacionais de modo que a mesma possa compreender o “letramento” e fique à disposição para esclarecer todas as dúvidas que surjam, de forma clara, objetiva e compreensível, e ainda que a instrua sobre as opções e alternativas que permitam uma tomada de decisão segura sobre o tipo de procedimento ou tratamento, e encoraje o questionamento quando preciso⁽²⁴⁾.

Como limitação do estudo pode-se apontar que informações essenciais que deveriam ser extraídas do cartão de pré-natal foram comprometidas pela ausência dele ou por informações escassas e ainda ilegíveis quando presentes, o que pode ser melhorado com uma padronização dos cartões de pré-natal ou documento semelhante que fique em poder das mulheres, que contenha dados necessários sobre o desenvolvimento gestacional das atendidas na rede privada, assim como acontece na rede pública. Os profissionais que assistem as gestantes devem ser sensibilizados sobre a importância de que os dados da gestação devem estar disponíveis para prosseguimento e facilitação do cuidado no parto e no nascimento.

CONCLUSÃO

A análise dos fatores associados ao pré-natal e ao tipo de parto na rede suplementar de saúde mostrou que as puérperas que realizaram o pré-natal no consultório particular do médico com fonte de financiamento privado do parto, tiveram maior chance de serem submetidas a parto cesáreo em comparação com as que receberam assistência pré-natal no serviço público de saúde, as quais tiveram uma porcentagem maior de parto vaginal.

Das mulheres que foram atendidas conjuntamente pelo médico e enfermeiro, mesmo que a participação da enfermeira obstetra tenha sido pequena, mostrou leve tendência a impactar na via de parto vaginal. As que tinham preferência pelo parto vaginal no início da gestação, decidiram

mais sobre sua via de parto, entendiam essa via mais segura e mudaram menos de opção do que as que fizeram cesariana.

O estudo revela pouca participação da enfermeira obstetra e nenhuma da obstetriz na assistência pré-natal na Rede Suplementar, favorecendo maior chance de intervenções desnecessárias.

Ressalta-se que a enfermagem tem função importante e significativa na operacionalização de todo o processo e ações, seja atuando nos cuidados assistenciais, quanto na interação do elo entre a gestante e os demais profissionais da equipe em saúde, desta forma, torna-se imprescindível a presença da enfermeira obstetra na assistência pré-natal.

PRENATAL CARE AND ITS ASSOCIATION WITH THE TYPE OF CHILDBIRTH IN THE SUPPLEMENTARY HEALTH NETWORK

ABSTRACT

Objective: to analyze the factors associated with prenatal care with the type of childbirth in the supplementary health network. **Method:** epidemiological, cross-sectional study conducted by secondary analysis of part of the research data 'Healthy Birth: a prospective study to evaluate the implementation and effects of a multifaceted intervention to improve the quality of childbirth and birth care in hospitals in Brazil'. The sample included 2,435 women, admitted to five maternity hospitals in the cities of São Paulo and Santos through interviews in the postpartum period, consultations in medical records and prenatal card. The data were analyzed descriptively. Chi-square and Fisher's exact test was used for association between variables and, for comparison of means between groups, the *Student t* test. **Result:** prenatal care for most pregnant women (44.6%) was performed in a private office followed by an outpatient clinic of the health plan (38.3%). The predominance of care for pregnant women was done by the doctor (92.5%). The outcome of childbirth, mostly cesarean (76.6%), followed by 23.4% of vaginal childbirths. **Conclusion:** puerperal women who performed prenatal care in the private office with private financing of childbirth had a greater chance of cesarean section. The joint participation of the obstetrician nurse with the doctor showed a slight tendency to impact the vaginal childbirth route.

Keywords: Prenatal Assistance. Maternal Health. Humanized Childbirth. Supplementary Health.

ASISTENCIA PRENATAL Y SU ASOCIACIÓN CON EL TIPO DE PARTO EN LA RED SUPLEMENTARIA DE SALUD

RESUMEN

Objetivo: analizar los factores asociados a la atención prenatal con el tipo de parto en la red suplementaria de salud. **Método:** estudio epidemiológico, transversal realizado por análisis secundario de parte de los datos de la investigación "Nacer Saludable: estudio prospectivo de evaluación de la implantación y efectos de intervención multifacética para la mejora de la calidad de la atención al parto y nacimiento en hospitales en Brasil". Se incluyeron 2 435 mujeres, admitidas en cinco maternidades de las ciudades de São Paulo y Santos-Brasil mediante entrevistas en el período posparto, consultas en los registros médicos y en la tarjeta de prenatal. Los datos fueron analizados descriptivamente. Se utilizó las pruebas chi-cuadrado y exacta de Fisher para la asociación entre variables y para la comparación de promedios entre grupos de prueba *t Student*. **Resultado:** el prenatal, para la mayoría de las embarazadas (44,6%), fue realizado en consultorio privado seguido de ambulatorio del plan de salud (38,3%). La predominancia de las atenciones a las gestantes fue hecha por el médico (92,5%). El resultado del parto, principalmente cesárea (76,6%), seguido de 23,4% de partos vaginales. **Conclusión:** las puérperas que realizaron el prenatal en el consultorio privado con financiación privada del parto tuvieron mayor probabilidad de parto cesárea. La participación conjunta de la enfermera obstetra con el médico mostró ligera tendencia a impactar en la vía de parto vaginal.

Palabras clave: Atención Prenatal. Salud Materna. Parto Humanizado. Salud Suplementaria.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 715, de 4 de abril 2022. Institui a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami) [Internet]. Brasília; 2022. Available from: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>
2. Campagnoli YM, Ghiraldelli D, Pfaffenbach G, de Castro CP, da Silva DL, Luciano MAL, et al. O impacto das tecnologias leves na assistência de enfermagem ao pré-natal. *Rev Eletron Acervo e Saude*. 2023;23(8): e13068. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e13068.2023>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica. Brasília; [Internet] 2013. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
4. Siqueira AL, Luz JS, Silva KA, Name KPO. O papel do enfermeiro obstetra no parto humanizado. *ReBIS*. 2019;1(3):1-5. Available from: <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/35>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa Nº 398, de 05 de fevereiro de 2016. Brasília; [Internet] 2016. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2016/res0409_22_07_2016.html
6. Carvalho SS, Cerqueira RFN. Influência do pré-natal na escolha do tipo de parto: revisão de literatura. *Rev. Aten. Saúde*. 2020 Jan-Mar; 18(6):120-28. DOI: 10.13037/ras.vol18n6.6315
7. Cunha AC, Lacerda JT, Alcauza MTR, Natal S. Evaluation of prenatal care in Primary Health Care in Brazil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2019 Abr-Jun;19 (2):459-70. DOI:10.1590/1806-93042019000200011
8. Leal MC, Bittencourt AS, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF et al. Progress in childbirth care in Brazil: preliminary results of two evaluation studies. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(7):e00223018. DOI:10.1590/0102-311X00223018
9. Sousa JDOP, C Innocência VTC, Brito RVC, Conceição RC. Avaliação epidemiológica comparativa dos índices de parto cesáreo e vaginal e fatores associados em hospitais público e privado da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais. *Rev Med Minas Gerais*. 2020;30:e-30121 DOI:10.5935/2238-3182.20200074
10. Souza EL, Carvalho ALC, Pereira BF, Souza BG de, Souza GR de, Ardisson GMC, et al. Fatores que influenciam a via de parto no Brasil. *Rev. Med.[Internet]*. 2022;101(5): e-172947. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v101i5e-172947>
11. Rasador S, Abegg C. Factors associated with the route of birth delivery in a city in the Northeast region in the State of Rio Grande do Sul, Brazil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2019;19(4):807-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400004>
12. Rocha NFF, Ferreira J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate* [online]. 2020; 125(44): 556-68. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521>
13. Nove A, Friberg IK, de Bernis L, McConville F, Moran AC, Najjemba M, et al. Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and still births: a Lives Saved Tool modelling study. *The Lancet Global Health* [Internet]. 2021;9(1):e24-e32. DOI: 10.1016/S2214-109X(20)30397-1
14. Oliveira OS, Couto TM, Oliveira GM, Pires JA, Lima KTRS, Almeida LTS. Obstetric nurse and the factors that influence care in the delivery process. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42(esp):e20200200. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.2020-0200>
15. Betrán AP, Temmerman M, Kingdon C, Mohiddin A, Opiyo N, Torloni MR, Zhang J, et al. Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *Lancet*. Oct 2018;392(10155):1358-68. DOI:10.1016/S0140-6736(18)31927-5
16. Duarte MR, Alves VH, Rodrigues DP, Souza KV, Pereira AV, Pimentel MM. Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento. *Cogitare enferm*. 2019;28:e84830. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.54164>
17. Gama SGN, Viellas EF, Torres JA, Bastos MH, Brüggewormann OM, Theme Filha MM, et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reprod Health* 2016;13(Suppl 1):123. DOI:10.1186/s12978-016-0236-7
18. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº. 94.406 de 08 de junho de 1987, regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986: Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília [Internet] 1987. [acesso em 15 ago.2022]. Available from: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 569/GM de 1º de junho de 2000: Institui o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília; [Internet] 2000. [acesso em 15 ago.2022]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html
20. Nery HC, Medeiros RMK, Alvares AS, Dalprá LAS, Beltrame RCT, Lima JF, Aguiar LSC. Boas práticas da enfermeira obstétrica na assistência ao parto em um centro de parto normal. *Cienc Cuid Saude* (online). 2023;22:e66061. DOI: 10.4025/ciencuidsaude.v22i0.66061
21. Baggio MA, Girardi C, Schapko TR, Cheffer MH. Parto domiciliar planejado assistido por enfermeira obstétrica: Significados, experiências e motivação para essa escolha. *Cienc Cuid Saude* (online). 2022;21:e57364. DOI: 10.4025/ciencuidsaude.v21i0.57364
22. World Health Organization. Who Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
23. Loiola AMR de, Alves VH, Vieira BDG, Rodrigues DP, Souza KV de, Marchiori GRS. Plano de parto como tecnologia do cuidado: experiência de puérperas em uma casa de parto. *Cogitare enferm*. 2020;25:e66039. DOI: <https://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.66039>
24. Honnê F, Silveira S, Quadros JS de, Langendorf TF, Paula CC de, Padoin SMM de. Tecnologias educacionais para promoção de experiência de parto positiva: revisão integrativa. *Cienc Cuid Saude* (online). 2022;21:e59213. DOI: 10.4025/ciencuidsaude.v21i0.59213

Endereço para correspondência: Zelina Hilária de Sousa. Rua Benjamim de Oliveira, 450, CEP: 03006-020 - Brás – São Paulo. E-mail: zelina.rosa@unifesp.br,

Data de recebimento: 17/01/2023

Data de aprovação: 19/10/2023

APOIO FINANCEIRO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.