



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

BEATRIZ COUTINHO MIRANDA CAVALCANTI

**O ACESSO DE NULÍPARAS DE ALTO RISCO OBSTÉTRICO À INFORMAÇÃO
SOBRE O TRABALHO DE PARTO INDUZIDO: ESTUDO TRANSVERSAL**

RECIFE

2025

**O ACESSO DE NULÍPARAS DE ALTO RISCO OBSTÉTRICO À INFORMAÇÃO
SOBRE O TRABALHO DE PARTO INDUZIDO: ESTUDO TRANSVERSAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Linha de pesquisa:

Fisioterapia na Saúde da Mulher.

Orientadora: Profa. Dra. Caroline Wanderley Souto Ferreira.

Coorientadora: Ma. Suênia Simone de Queiroz.

**FOLHA EM BRANCO PARA FICHA CATALOGRÁFICA QUE SERÁ ELABORADA
PELA BIBLIOTECA SETORIAL DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**O ACESSO DE NULÍPARAS DE ALTO RISCO OBSTÉTRICO À INFORMAÇÃO
SOBRE O TRABALHO DE PARTO INDUZIDO: ESTUDO TRANSVERSAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Fisioterapia da Universidade Federal de
Pernambuco - UFPE, como requisito à
obtenção do título de Bacharel em
Fisioterapia.

Linha de pesquisa:

Fisioterapia na Saúde da Mulher.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Leila Maria Alves Barbosa (Presidente)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Olímpio Barbosa de Moraes Filho (Examinador Externo)

Universidade de Pernambuco

Profa. Dra. Valéria Conceição Passos de Carvalho (Examinador

Externo) Universidade Católica de Pernambuco

Dedico o meu trabalho de conclusão de curso aos meus avós, Dácio Santana de Queiroz e Maria Augusta Coutinho Albuquerque, os quais já não estão mais presentes nesse plano, e à minha mãe e maior companheira de vida, Carolina Coutinho Miranda.

RESUMO

Introdução: Gestantes de alto risco obstétrico, em geral, têm o parto induzido. Isso envolve maior necessidade de intervenções médicas e a falta de informação, no período gestacional, pode contribuir para uma insatisfação com a experiência e desfechos maternos negativos no processo de parturição. São escassas evidências sobre preparação para o parto e/ou educação pré-natal no Brasil, em especial, no contexto de alto risco obstétrico. **Objetivo:** Avaliar o acesso, das nulíparas de alto risco obstétrico, à informação acerca do processo de indução terapêutica, da progressão do trabalho de parto e do parto propriamente dito, das diretrizes do parto humanizado e da atuação da fisioterapia no trabalho de parto e parto. **Métodos:** Estudo transversal com nulíparas de alto risco obstétrico, gestação termo e indicação de indução do parto, no período de outubro/2023 a agosto/2024, em uma maternidade pública do Recife-PE. A coleta de dados foi realizada em sala de parto de uma maternidade pública de referência em alto risco, por entrevista presencial de 30 minutos, durante a fase latente do trabalho de parto, utilizando ficha semiestruturada com dados sociodemográficos, obstétricos, clínicos e autorrelato sobre acesso à informação. A análise estatística foi descritiva, com uso do SPSS versão 30.0. **Resultados:** Foram incluídas 70 nulíparas, em sua maioria, jovens com média de idade ($25,7 \pm 5,2$ anos), solteiras (67,1%), com 10 a 12 anos de estudo (64,2%), com média de $38,6 \pm 1,2$ semanas de gestação, classificadas como alto risco obstétrico, devido ao diagnóstico de Síndromes Hipertensivas Gestacionais (65,7%). Todas realizaram acompanhamento pré-natal (100%), em média 9,7 consultas pré-natais no total, predominantemente em rede pública de saúde (80%), porém a maioria não realizou preparação para o parto (92,9%). Quanto ao conhecimento/instrução materna prévia, 74,3% das participantes relataram ter sido informadas sobre o processo de indução do parto, predominantemente pela equipe de saúde do hospital, apenas no momento da indução do parto (78,7%). E, a maioria negou ter recebido informações referentes ao trabalho de parto e parto/processo de parturição (54,3%), parto humanizado (81,4%) e/ou atuação da fisioterapia no trabalho de parto e parto (95,7%). **Conclusão:** Apesar do adequado número de consultas pré-natais, a maioria das participantes negou ter realizado aulas de preparação para o parto, ter conhecimento prévio no período gestacional, sobre indução do parto, processo de parturição, parto humanizado e atuação da fisioterapia no trabalho de parto e parto. Isso demonstra uma carência de qualidade assistencial primária, na rede pública de saúde, especialmente para nulíparas de alto risco obstétrico, no que diz respeito aos seus direitos relacionados à saúde e ao processo de preparação para o parto, preconizado pela Política Nacional de Humanização do Parto.

Palavras-chave: educação pré-natal; gravidez de alto risco; trabalho de parto induzido; parto humanizado; fisioterapia.

ABSTRACT

Introduction: High-risk pregnant women generally undergo induced labor. This involves a greater need for medical interventions, and a lack of information during pregnancy can contribute to dissatisfaction with the experience and negative maternal outcomes during labor. Evidence on childbirth preparation and/or prenatal education is scarce in Brazil, especially in the context of high-risk obstetrics. **Objective:** To assess the access of nulliparous women at high obstetric risk to information about the therapeutic induction process, labor progression and delivery itself, humanized childbirth guidelines, and the role of physical therapy in labor and delivery. **Methods:** A cross-sectional study of high-risk nulliparous women, full-term gestation, and indication for labor induction was conducted from October 2023 to August 2024 at a public maternity hospital in Recife, Pernambuco. Data collection was performed in the delivery room of a high-risk public maternity hospital, through a 30-minute face-to-face interview during the latent phase of labor, using a semi-structured form with sociodemographic, obstetric, and clinical data, as well as self-reported access to information. Statistical analysis was descriptive, using SPSS version 30.0. **Results:** Seventy nulliparous women were included, most of whom were young, with a mean age of 25.7 ± 5.2 years, single (67.1%), with 10 to 12 years of education (64.2%), with a mean of 38.6 ± 1.2 weeks of gestation, and classified as high obstetric risk due to the diagnosis of Gestational Hypertensive Syndromes (65.7%). All participants underwent prenatal care (100%), averaging 9.7 prenatal consultations in total, predominantly in the public health network (80%), but most did not undergo childbirth preparation (92.9%). Regarding prior maternal knowledge/instruction, 74.3% of participants reported having been informed about the labor induction process, predominantly by the hospital health team, only at the time of labor induction (78.7%). And, the majority denied having received information regarding labor and delivery/parturition process (54.3%), humanized childbirth (81.4%), and/or the role of physiotherapy in labor and delivery (95.7%). **Conclusion:** Despite the adequate number of prenatal consultations, most participants denied having attended childbirth preparation classes, having prior knowledge during the gestational period, about labor induction, the parturition process, humanized childbirth, and the role of physiotherapy in labor and delivery. This demonstrates a lack of quality primary care in the public health network, especially for nulliparous women with high obstetric risk, with regard to their rights related to health and the process of preparing for childbirth, as recommended by the National Policy for the Humanization of Childbirth.

Keywords: prenatal education; high-risk pregnancy; induced labor; humanizing delivery; physiotherapy

SUMÁRIO

MANUSCRITO ORIGINAL	1
Página Título	1
Introdução	2
Métodos	2
Resultados	3
Discussão	6
Conclusão	9
Referências	9
Declarações e afirmações	11

ARTIGO ORIGINAL

PÁGINA TÍTULO

O ACESSO DE NULÍPARAS DE ALTO RISCO OBSTÉTRICO À INFORMAÇÃO SOBRE O TRABALHO DE PARTO INDUZIDO: ESTUDO TRANSVERSAL

Autores: Beatriz Coutinho Miranda Cavalcanti (ORCID: 0009-0000-2903-7833)¹; Suênia Simone de Queiroz (ORCID: 0000-0001-5614-8766)¹; Cláudia Regina Oliveira de Paiva Lima (ORCID: 0000-0001-8984-5453)²; Caroline Wanderley Souto Ferreira (ORCID: 0000-0003-2736-5918)^{1,*}.

¹Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

²Departamento de Estatística, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

Autor correspondente*: Caroline Wanderley Souto Ferreira, caroline.wanderley@ufpe.br.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o acesso das nulíparas de alto risco obstétrico à informação acerca do processo de indução terapêutica, da progressão do trabalho de parto e do parto propriamente dito, das diretrizes do parto humanizado e da atuação da fisioterapia no trabalho de parto e parto. **Métodos:** Estudo transversal com nulíparas de alto risco obstétrico, gestação termo e indicação de indução do parto. A coleta foi realizada entre outubro/2023 e dezembro/2024, em sala de parto de uma maternidade pública de referência em alto risco, por entrevista presencial de 30 minutos, durante a fase latente do trabalho de parto, utilizando ficha semiestruturada com dados sociodemográficos, obstétricos, clínicos e autorrelato sobre acesso à informação. A análise estatística foi descritiva, com uso do SPSS versão 30.0. **Resultados:** Foram incluídas 70 participantes. Todas realizaram pré-natal, sendo a maioria na rede pública (80%). A maioria (92,9%) não participou de aulas de preparação para o parto. Quanto à informação recebida, 74,3% relataram ter sido informadas sobre indução terapêutica; negaram ter recebido informações sobre: parturição (54,3%); parto humanizado (81,4%); e fisioterapia no parto (95,7%). **Conclusão:** Apesar da realização adequada do número de consultas pré-natal, a maioria negou ter realizado aulas de preparação para o parto e não tinha conhecimento prévio sobre indução do parto, processo de parturição, parto humanizado e atuação da fisioterapia no trabalho de parto e parto. Infere-se uma carência de educação pré-natal na atenção primária da rede pública de saúde.

Palavras-chave: educação pré-natal; gravidez de alto risco; trabalho de parto induzido; parto humanizado; fisioterapia.

O que este estudo acrescenta ao trabalho clínico: A assistência pré-natal, no sistema público de saúde no Brasil, não oferece aulas de preparação para o parto ou orientação sobre indução do parto, processo de parturição, parto humanizado ou atuação da fisioterapia no parto, para nulíparas de alto risco obstétrico.

INTRODUÇÃO

As memórias e decisões de mulheres em relação à gestação podem ser influenciadas por noções preconcebidas e sentimentos de controle. Neste sentido, o processo de parto pode ser uma vivência, concomitantemente, estressante e empoderada, principalmente, para nulíparas, as quais costumam relatar frequentemente não estarem preparadas para o nível de dor e outras experiências que podem ocorrer durante o processo de parturição [1]. No contexto do alto risco obstétrico, a indução do parto é um dos métodos mais utilizados para iniciar o trabalho de parto, devido ao fato destas gestantes apresentarem comorbidades como diabetes mellitus e hipertensão [2]. Em vista disso, uma parcela expressiva dessa população relata vivenciar ainda mais o medo, a ansiedade e o sofrimento emocional em relação ao trabalho de parto iminente, o que pode estar associado à baixa autoeficácia e/ou dúvidas quanto à capacidade de lidar com o parto [1].

Sabe-se que a falta de informação, de diálogo e de conversa aberta entre os profissionais e a gestante sobre as dificuldades, dúvidas e ansios referentes ao trabalho de parto e parto, principalmente no contexto de atenção/educação pré-natal, contribuem diretamente à experiência, satisfação e desfechos negativos do processo de parturição. Em outras palavras, para garantir que este momento de transição entre a gestação e o maternar seja uma experiência positiva, é necessário preparar a mulher com conhecimento, informação e estratégias de enfrentamento, para que ela possa exercer o seu direito de escolha materna sobre via de parto e autonomia no mesmo, através do envolvimento na tomada de decisões compartilhadas durante o parto [3].

Diante desse contexto, a educação pré-natal deve funcionar como uma forma de capacitar esta mulher para o trabalho de parto e parto, durante os cuidados pré-natais, com conhecimentos voltados para os tipos de parto, o processo de indução do parto e possíveis intervenções em que ela possa ser submetida, principalmente, no cenário de alto risco obstétrico. Entretanto, no Brasil, apesar dos esforços para melhorar a sua qualidade, os cuidados pré-natais ainda são descritos como inadequados e desiguais, visto que, a atenção primária é fortemente influenciada pela prática obstétrica tradicional (biomédica/tecnocrática), o que não favorece uma abordagem humanizada e holística voltada a preparação para o parto no período gestacional [4].

São escassas evidências científicas sobre preparação para o parto e/ou educação pré-natal no Brasil, em especial, no contexto de alto risco obstétrico. Por essa razão, o objetivo desse estudo foi avaliar o acesso das nulíparas de alto risco obstétrico à informação acerca do processo de indução terapêutica, da progressão do trabalho de parto e do parto propriamente dito, das diretrizes do parto humanizado e da atuação da fisioterapia no trabalho de parto e parto.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional descritivo, de corte transversal, realizado a partir do recorte de um ensaio clínico, intitulado: “Eficácia da assistência fisioterapêutica no trabalho de parto induzido de nulíparas de alto risco: ensaio clínico randomizado”, previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Foram incluídas: nulíparas de alto risco obstétrico submetidas a indução do parto com misoprostol via vaginal; Idade gestacional entre 37 e 42 semanas; Presença de feto único, vivo, com apresentação cefálica. E foram excluídas mulheres com dificuldade em compreender a linguagem verbal.

A coleta de dados foi realizada de outubro/2023 a dezembro/2024, em sala de parto de uma maternidade pública, referência em alto risco obstétrico. Com base na demanda espontânea de admissões hospitalares ao local da pesquisa, foi preenchida uma lista de checagem para cada gestante, contendo os critérios de elegibilidade, com verificação em prontuários. Desta forma, aquelas que atenderam à elegibilidade, receberam uma explanação quanto à proposta do estudo (incluindo riscos e benefícios), sendo convidadas a participar da pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) quando maiores de 18 anos, TCLE para responsáveis legais e Termo de Assentimento quando menores de 18 anos.

Na fase latente do trabalho de parto durante o processo de indução terapêutica, uma ficha de avaliação semiestruturada, elaborada exclusivamente para esta pesquisa, foi aplicada por meio de entrevista presencial com duração média de até 30 minutos, contendo questões referentes às características sociodemográficas, obstétricas e clínicas das participantes. Foram avaliadas variáveis sociodemográficas como idade materna (anos), estado civil e anos de estudo; e variáveis obstétricas, como idade gestacional (semanas), diagnóstico de alto risco obstétrico, assistência pré-natal (sim ou não), número de consultas pré-natais, aulas de preparação para o parto (sim ou não), local da assistência pré-natal (rede pública ou rede particular de saúde).

Além disso, também avaliamos questões autorrelatadas pelas participantes, referentes ao acesso à informação acerca do processo de indução terapêutica (métodos farmacológicos, duração, riscos e benefícios), da progressão do trabalho de parto e do parto propriamente dito (posição de parto, direitos maternos), das diretrizes do parto humanizado e da atuação da fisioterapia no trabalho de parto e parto. Para isso, era questionado se a nulípara obteve as informações necessárias ou não, acerca da temática; e em que momento a participante recebeu a informação: se pela equipe de saúde no pré-natal, durante o período gestacional, e/ou pela equipe de saúde hospitalar no momento da indução do parto.

O presente estudo apresentou, para as voluntárias, riscos relativos principalmente ao constrangimento ou ao sentimento de invasão de privacidade durante a entrevista. Para atenuar ou evitar isso, a entrevista era realizada em espaço privativo ou adaptado com uso de biombo hospitalar, sem possibilidade de observação por quem esteja fora dele, de modo a possibilitar algum conforto e toda a segurança aos indivíduos. Como benefício, no puerpério imediato, ainda no período de internação hospitalar, cada participante recebeu uma cartilha educativa, com enfoque em orientações fisioterapêuticas de exercícios e cuidados puerperais, incluindo aleitamento materno, que foram explanadas pelas pesquisadoras, visando uma reabilitação eficaz e melhor qualidade de vida às voluntárias desta pesquisa.

A análise estatística foi realizada através do SPSS, versão 30.0, para uma análise descritiva das variáveis estudadas. Os dados foram expressos em médias e seus desvios-padrão, quando variáveis quantitativas; e frequências absolutas e relativas, quando variáveis categóricas.

RESULTADOS

Das 588 mulheres avaliadas para elegibilidade, 70 participantes foram incluídas, conforme amostra estimada para o ensaio clínico de maior porte, do qual foi feito o recorte para esse estudo (Figura 1).

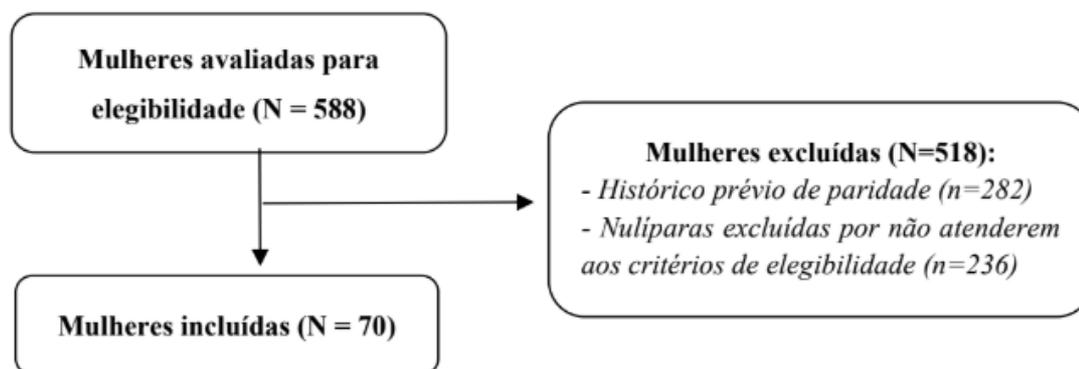


Fig. 1 Fluxograma das participantes do estudo.

Quanto às características sociodemográficas e gestacionais, as participantes tinham em média $25,7 \pm 5,2$ anos de idade, com idade variando de 17 a 32 anos, a maior parte solteira (67,1%), com 10 a 12 anos de estudo (64,2%), com média de $38,6 \pm 1,2$ semanas de gestação, com o mínimo de 37 e máximo de 41 semanas de gestação, classificadas como alto risco obstétrico predominantemente devido ao diagnóstico de síndromes hipertensivas na gestação (65,7%). Todas as participantes tiveram assistência pré-natal, em média $9,7 \pm 3,7$ consultas pré-natais no total, com um mínimo de 1 consulta e máximo de 24 consultas, em rede pública de saúde (80%) e 92,9% relataram não ter feito aulas de preparação para o parto (Tabela 1).

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica e gestacional das nulíparas de alto risco obstétrico. Recife-PE, 2023-2024.

VARIÁVEIS	MÉDIA \pm DP	N (%)
Idade Materna (anos)	$25,7 \pm 5,2$	–
Idade Gestacional (semanas)	$38,6 \pm 1,2$	–
Estado Civil		
Solteira	–	47 (67,1)
Casada/União estável	–	22 (31,4)
Divorciada	–	1 (1,4)
Anos de estudo		
1 a 9 anos	–	4 (5,7)
10 a 12 anos	–	45 (64,2)
Acima de 13 anos	–	21 (30)
Diagnóstico de Alto Risco Obstétrico		
Síndromes hipertensivas gestacionais	–	46 (65,7)
Diabetes gestacional	–	11 (15,7)
Síndromes hipertensivas e Diabetes gestacional	–	11 (15,7)
Outras	–	2 (2,9)

Assistência Pré-Natal

Sim	–	70 (100)
Não	–	0 (0)
Número de Consultas Pré-Natais	9,71± 3,7	–

Local da Assistência Pré-Natal

Rede Pública de Saúde	–	56 (80)
Rede Particular de Saúde	–	14 (20)

Aulas de Preparação para o Parto

Sim	–	5 (7,1)
Não	–	65 (92,9)

Quanto ao conhecimento/instrução materna prévia, 74,3% das participantes relataram ter sido informadas sobre o processo de indução do parto, predominantemente pela equipe de saúde do hospital, apenas no consentimento para indução do parto (78,7%). Além disso, a maioria negou ter recebido informações referentes ao trabalho de parto e parto/processo de parturição (54,3%), parto humanizado (81,4%) e/ou atuação da fisioterapia no trabalho de parto e parto (95,7%) (Tabela 2).

Tabela 2 Acesso de nulíparas de alto risco obstétrico a informações sobre indução, parturição, parto humanizado e atuação da fisioterapia no trabalho de parto e parto. Recife-PE, 2023-2024.

VARIÁVEIS	N	%
Orientações prévias sobre indução do parto		
Sim	66	94,2
Não	4	5,7
Momento que recebeu a orientação		
Consulta Pré-natal no período gestacional	14	21,2
Durante internação hospitalar para indução do parto	52	78,7
Orientações prévias sobre parturição		

Sim	32	45,7
Não	38	54,3
Momento que recebeu a orientação		
Consulta Pré-natal no período gestacional	8	25
Durante internação hospitalar para indução do parto	24	75
Orientações prévias sobre parto humanizado		
Sim	13	18,5
Não	57	81,4
Momento que recebeu a orientação		
Consulta Pré-natal no período gestacional	5	38,4
Durante internação hospitalar para indução do parto	8	61,5
Orientações prévias sobre fisioterapia no parto		
Sim	3	4,2
Não	67	95,7
Momento que recebeu a orientação		
Consulta Pré-natal no período gestacional	2	66,6
Durante internação hospitalar para indução do parto	1	33,3

DISCUSSÃO

Em relação ao conhecimento materno prévio sobre a indução do parto, a maioria das mulheres relatou ter sido informada pela equipe do serviço, no momento do parto, e a maior parte nega ter tido acesso a informações referentes ao processo de parturição, ao parto humanizado e a atuação da fisioterapia no trabalho de parto e parto. Ademais, todas as nulíparas realizaram acompanhamento pré-natal, predominantemente em rede de saúde pública, porém a maioria não realizou aulas de preparação para o parto no período gestacional.

No que concerne a indução do parto (métodos, riscos e benefícios), a maioria das participantes do nosso estudo relatou ter acesso à informações apenas no pedido de consentimento ao procedimento, sob orientação dos profissionais

de saúde da equipe hospitalar do serviço de referência, não do pré-natal, o que diverge do estudo qualitativo de Pereira et al. [5], realizado com 62 gestantes de alto risco em uma maternidade de alta complexidade no Sul do Brasil, o qual relata que o Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) atuou como um gerador de informações, sendo um momento oportuno, através do diálogo, para esclarecimento de dúvidas, estabelecimento de vínculo usuária-profissional e implementação de ações educativas e preventivas essenciais ao cuidado integral da mulher.

Diante disso, ressaltamos que o acesso à informação na atenção primária corresponde a um dos pilares da assistência humanizada em saúde, sendo um direito defendido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), desde a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) pelo Ministério da Saúde em 2003, através de instrumentos e estratégias centradas na mulher, como a Rede Cegonha e os Centros de Parto Normal (CPN) [6]. E, em suma, nossa pesquisa foi desenvolvida em um CPN de uma maternidade pública de referência, destacando-se maior prevalência de acompanhamento pré-natal vinculado à rede pública de saúde, no entanto, a maioria das participantes negou ter recebido informações sobre a indução do parto, o processo de parturição e/ou parto humanizado, no período gestacional, o que reflete um cenário preocupante de precariedade da educação pré-natal fornecida a estas gestantes.

Segundo Pereira et al. [5], por se tratar de uma população vulnerável e suscetível a inúmeras dúvidas, inseguranças, instabilidade emocional e sentimentos negativos atribuídos ao ciclo gravídico-puerperal, a escassez de informação adequada para a população de alto risco obstétrico permanece como um fator extremamente preocupante quanto aos desfechos em saúde [5]. Estudos recentes apontam que a ausência de orientações claras sobre o processo de parturição aumenta a insegurança e a ansiedade maternas, podendo prejudicar o trabalho de parto e resultar em desfechos desfavoráveis, como intervenções desnecessárias e insatisfação com o parto [1,3]. Tanto nulíparas quanto seus acompanhantes tendem a demonstrar insegurança durante o processo de parto, especialmente em relação à tomada de decisão sobre intervenções médicas [7], como a indução do parto e outros procedimentos relacionados a aceleração do trabalho de parto, por exemplo.

Sabe-se que o acesso adequado ao conhecimento e manejo sobre o processo de parturição pode ser um fator determinante na prevenção de tais desfechos materno-fetais negativos, ao favorecer a aquisição de estratégias de enfrentamento e autonomia ou autoeficácia maternas [8]. No entanto, em nossa pesquisa, a maioria das participantes não realizou aulas de preparação para o parto no período pré-natal, o que pode ter limitado o acesso às informações necessárias e ao conhecimento materno prévio para lidar com o trabalho de parto e parto.

Um estudo analítico de Rodrigues et al. [9], realizado em 2023 com usuárias do SUS no Nordeste do Brasil, em uma região de Saúde pertencente ao Plano de Ação Regional da Rede Cegonha, avaliou a experiência vivida pelas mulheres quanto ao acesso e concretização do direito à saúde em relação ao pré-natal, identificando a desinformação materna como uma das barreiras ao exercício de seus direitos à saúde, e apontando que as mulheres manifestaram o desejo de receber mais informações sobre a gestação, sobre o parto e os cuidados com o bebê, declarando que as orientações que receberam foram insuficientes, sob a perspectiva da qualidade assistencial fornecida por profissionais de saúde no acompanhamento pré-natal [9].

Nesse panorama, investigamos a qualidade da assistência pré-natal no Brasil e identificamos dois estudos transversais e outro qualitativo publicados nos últimos anos, realizados em Pernambuco (2007) [10]; no Paraná (2018) [11]; e no Maranhão (2023) [9], respectivamente, com puérperas de alto risco obstétrico e risco habitual, usuárias do SUS, e descobrimos que todos concluem, de forma unânime, que apesar de melhorias quanto a cobertura pré-natal no país, a qualidade da assistência foi considerada como insatisfatória, principalmente no que concerne à limitação de acesso a informações e orientações sobre o parto durante o acompanhamento gestacional [9,10,11], assim como os achados do nosso estudo. Isso sugere que a precariedade da atenção primária quanto à educação pré-natal no Brasil segue atemporal, e apesar das políticas públicas e estratégias promulgadas pelo SUS, ainda se faz necessário reforçar sua implementação e efetividade nos serviços.

Segundo Gonçalves et al. [11] e Fabbro et al. [4], a assistência humanizada no pré-natal tende a ser precária, devido ao foco profissional em produtividade e protocolos assistenciais, levando a consultas rápidas e superficiais, que negligenciam o compartilhamento de conhecimento e experiências e/ou esclarecimento de dúvidas das gestantes, direcionando-se apenas a exames clínicos, aferições e medidas [11,4]. Em nosso estudo, as participantes realizaram ao

menos 9 ou mais consultas pré-natais, conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) que sugere, no mínimo, seis atendimentos para gestantes de risco habitual [9], porém grande parte das mulheres não receberam orientações prévias, o que pode evidenciar que a educação pré-natal na atenção primária foi insuficiente. Logo, infere-se que tal cenário de precariedade da educação pré-natal pode ser ainda mais comum no contexto de alto risco obstétrico, o qual demanda um acompanhamento pré-natal intensificado, quando comparado a gestação de risco habitual.

Desta forma, a literatura atual defende que o cuidado pré-natal não deve ser realizado no modelo tecnicista, mas sim por meio de uma escuta sensível na perspectiva holística e acolhedora, incluindo medidas educativas e protetivas, a fim de auxiliar a tomada de decisão compartilhada e uma experiência de parto mais positiva [4,5,8]. Neste contexto, um ensaio clínico randomizado de Zafman et al. [12], realizado com nulíparas de alto risco obstétrico, nos Estados Unidos, submetidas a uma plataforma online interativa de educação sobre o parto, concluiu que essa estratégia contribuiu para uma redução significativa da ansiedade materna e menor procura por serviços de emergência gestacional, bem como maior satisfação com a educação pré-natal. Além disso, um estudo transversal realizado com nulíparas [13], em Sydney, revelou que mulheres que participaram, no período gestacional, de programas educativos com enfoque psicoprofilático (como ensino sobre técnicas de respiração e relaxamento para alívio da dor do parto), apresentaram maior tendência à realização de parto via vaginal.

Segundo Davies [14], mulheres primíparas bem-informadas, sobretudo sobre fatores de risco e intervenções relacionadas ao parto, tendem a vivenciar a maternidade de forma mais positiva, com menor impacto negativo ao bem-estar pós-natal [14]. No entanto, no Brasil, são escassas pesquisas e evidências acerca de programas pré-natais educativos e/ou aulas de preparação para o parto na gestação, como estratégias assistenciais em saúde, principalmente no contexto de alto risco obstétrico, o que revela uma lacuna científica importante e extremamente relevante para a saúde pública.

Ademais, em relação ao conhecimento sobre a atuação da fisioterapia no trabalho de parto e parto, 95,7% das nulíparas da nossa pesquisa negaram ter tido acesso à essa informação. Neste íterim, na revisão sistemática de Delgado A. et al. [15], a qual avaliou os potenciais riscos e benefícios da assistência fisioterapêutica durante o trabalho de parto, foi visto que o uso de intervenções fisioterapêuticas, focadas em ajudar a aliviar a dor, melhorar a mobilidade e facilitar um parto mais seguro e confortável, aplicadas por um fisioterapeuta reduz a duração do trabalho de parto, o uso de analgesia farmacológica, o risco de lacerações perineais e a necessidade de cesárea, além de aumentar a chance de parto vaginal [15].

Em vista disso, a desinformação materna acerca da assistência fisioterapêutica intraparto pode interferir na busca por orientação e/ou acompanhamento profissional adequado para auxiliar o manejo e a progressão do trabalho de parto, culminando em desfechos maternos insatisfatórios, como percepção de dor mais intensa, complicações e experiência negativa no parto, que podem ser comuns à nulíparas de alto risco obstétrico. Vale ressaltar ainda que, apesar dos benefícios evidenciados na literatura atual e embora haja respaldo jurídico legal (conforme portaria nº 1.020, de 2013 - que institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco) [16], poucas instituições de saúde no Brasil incluem fisioterapeutas na composição da equipe multiprofissional de maternidades e centros obstétricos, o que pode favorecer o cenário descrito anteriormente.

Como limitação do estudo, podemos citar o pequeno tamanho da amostra para o desenho do estudo, considerando que o cálculo amostral foi realizado para um ensaio clínico, que investigou qualidade da assistência intraparto, não pré-natal. Ainda assim, os resultados reforçam implicações relevantes para a prática clínica, evidenciando a necessidade de fortalecer a atenção primária quanto à educação pré-natal e às ações informativas de preparação para o parto, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade, como nulíparas de alto risco obstétrico.

Para pesquisas futuras, recomendamos a realização de ensaios clínicos no Brasil, utilizando uma metodologia robusta para avaliar adesão, acesso, implementação e eficácia de um protocolo de preparação para o parto na gestação, e seus desfechos associados ao parto e puerpério; bem como estudos observacionais para

investigar os desafios e barreiras atuais de usuárias e profissionais de saúde relativos a maior qualidade da educação pré-natal no Nordeste do Brasil, a fim de promover a readequação assistencial dos serviços ofertados às gestantes, sob os preceitos básicos da humanização, conforme preconizado pelo SUS.

CONCLUSÃO

Apesar do adequado número de consultas pré-natais, a maioria das participantes negou ter realizado aulas de preparação para o parto e não tinha conhecimento prévio no período gestacional sobre indução do parto, processo de parturição, parto humanizado e atuação da fisioterapia no trabalho de parto e parto, o que infere uma carência de qualidade assistencial primária na rede pública de saúde, especialmente para nulíparas de alto risco obstétrico, no que diz respeito aos seus direitos relacionados à saúde e ao processo de preparação para o parto, preconizado pela Política Nacional de Humanização do Parto.

A carência de uma educação pré-natal informativa reforça a urgência de repensar o modelo de atenção em saúde atual, ainda limitado e muitas vezes superficial, especialmente no contexto de alto risco obstétrico. Logo, uma abordagem educativa mais ampla, acessível e centrada nas reais necessidades das mulheres é essencial para garantir o acesso efetivo ao conhecimento, empoderando-as para decisões mais conscientes e seguras no ciclo gravídico-puerperal.

AGRADECIMENTOS

Os autores gostariam de agradecer à Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro, incluindo para publicação online aberta.

REFERÊNCIAS

1. ATHINAIDOU, A.-M. et al. Influence of Antenatal Education on Birth Outcomes: A Systematic Review Focusing on Primiparous Women. *Cureus*, v. 16, n. 7, 14 jul. 2024. doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.64508>
2. ZHOU, H. et al. Nomogram predicting cesarean delivery undergoing induction of labor among high-risk nulliparous women at term: a retrospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 22, n. 1, 21 jan. 2022.
3. ALSOMALI Z.; BAJAMAL E.; ESHEABA, O. The Effect of Structured Antenatal Education on Childbirth Self-Efficacy. *Cureus*, 21 de maio de 2023; 15(5):e39285. doi: 10.7759/cureus.39285.
4. FABBRO, M. R. C. et al. Antenatal care as a risk factor for caesarean section: a case study in Brazil. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 22, n. 1, 25 set. 2022.
5. PEREIRA, A. A. et al. Social representations of pregnant women about high-risk pregnancy: repercussions for prenatal care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 57, p. e20220463, 13 out. 2023. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0463en>
6. BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html, data de acesso: 21/07/2025
7. DIEZI, A.-S. et al. Informing about childbirth without increasing anxiety: a qualitative study of first-time pregnant women and partners' perceptions and needs. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 23, n. 1, 17 nov. 2023. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06105-3>

8. GUDETA, G. T., et al. Perceived Childbirth Self-Efficacy and Its Associated Factors Among Pregnant Women in South-Central Ethiopia. *International Journal of Women's Health*, v. Volume 15, p. 1431–1442, 1 set. 2023. doi: <https://doi.org/10.2147/ijwh.s423784>
9. RODRIGUES, C. B. et al. Prenatal care and human rights: Addressing the gap between medical and legal frameworks and the experience of women in Brazil. *PLOS ONE*, v. 18, n. 2, p. e0281581, 14 fev. 2023 doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281581>
10. CARVALHO, V. C. P. DE; ARAÚJO, T. V. B. DE. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 7, n. 3, p. 309–317, set. 2007. doi: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292007000300010>
11. GONÇALVES, M. F. et al. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 38, n. 3, 12 mar. 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0063>
12. ZAFMAN, K. B. et al. An interactive childbirth education platform to improve pregnancy-related anxiety: A randomized trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 11 abr. 2023. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.04.007>
13. SHAND, A. W. et al. Birth outcomes by type of attendance at antenatal education: An observational study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 62, n. 6, 17 maio 2022. <https://doi.org/10.1111/ajo.13541>
14. DAVIES, A. et al. A qualitative exploration of women's expectations of birth and knowledge of birth interventions following antenatal education. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 24, n. 1, 28 dez. 2024.
15. DELGADO, A. et al. Physical therapy assistance in labor: A systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, v. 29, n. 2, p. 101169–101169, 23 jan. 2025. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2024.101169>
16. BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, disponível em: PORTARIA Nº 1.020, DE 29 DE MAIO DE 2013, disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html, data de acesso: 21/07/2025

DECLARAÇÕES E AFIRMAÇÕES

Financiamento

Esta pesquisa foi realizada com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio de bolsa de iniciação científica concedida a Beatriz Coutinho Miranda Cavalcanti.

Conflitos de interesses

Os autores não têm interesses financeiros ou não financeiros relevantes a declarar.

Contribuições dos autores

BCMC, SSQ e CWSF elaboraram o estudo. BCMC e SSQ coletaram os dados. BCMC, SSQ e CROPL analisaram os dados. BCMC, SSQ e CWSF redigiram o manuscrito. Todos os autores participaram ativamente da interpretação dos resultados e da revisão do manuscrito, e todos os autores aprovaram a versão final para publicação.

Aprovação Ética

Este estudo foi realizado em conformidade com os princípios da Declaração de Helsinque. A aprovação foi concedida pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco em 03 de Outubro de 2023 (número do parecer: 6.340.440).

Consentimento para participar

O consentimento informado foi obtido de todos os participantes individuais incluídos no estudo.