Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Parto normal em gestantes de alto risco

Normal delivery in high-risk pregnant women

Parto normal en mujeres embarazadas de alto riesgo

Emily Tainá Moreira Santos[1], Andryelle Nunes dos Reis[1], Monique Rodrigues Bernardes[1], Maria Ilmara Barroso Peixoto[1], Laís Rios de Almeida[1], Marília de Sousa Lima de Almeida[2], Anna Katharinne Carreiro Santiago[1], Laiz Ayres Brito[1], Wanda Carvalho Lopes[3], Thais Vilela de Sousa[1].

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil obstétrico de gestantes de alto risco que evoluíram para o parto via normal e os desfechos materno-fetais. **Métodos:** Estudo transversal descritivo realizado em outubro de 2025 em maternidade pública, coletando dados obstétricos, intraparto e fetais em prontuários de partos normais ocorridos no período de um ano, constituindo amostra por conveniência de 124 gestantes. **Resultados:** Média de 26,27 anos e 2,34 gestações, evolução até o termo, apesar de apresentarem diabetes, parto induzido com misoprostol pela morbidade, presença de acompanhante e uso de métodos de alívio da dor não farmacológicos. Essas mulheres apresentaram poucas complicações e realizaram contato de pele com seus bebês, que nasceram com peso adequado e bom escore de Apgar, o que possibilitou que esses binômios fossem encaminhados ao alojamento conjunto. **Conclusão:** Os resultados deste estudo demonstraram que o acompanhamento adequado, em ambiente especializado, contribui para desfecho positivo e, por isso, o alto risco por si só não deve determinar a via de parto.

Palavras-chave: Enfermagem materno-infantil, Gravidez de alto risco, Parto normal.

ABSTRACT

Objective: To describe the obstetric profile of high-risk pregnant women who progressed to vaginal delivery and the maternal-fetal outcomes. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted in October 2025 in a public maternity hospital, collecting obstetric, intrapartum, and fetal data from medical records of vaginal deliveries that occurred over one year, constituting a convenience sample of 124 pregnant women. Results: Average age 26.27 years old and 2.34 pregnancies, progression to term, despite having diabetes, labor induced with misoprostol due to morbidity, companion present, and use of non-pharmacological pain relief methods. These women experienced few complications and had skin-to-skin contact with their babies, who were born with adequate weight and a good Apgar score, allowing these mother-baby pairs to be transferred to a rooming-in unit. **Conclusions:** The results of this study demonstrated that adequate monitoring in a specialized environment contributes to a positive outcome and, therefore, high risk alone should not determine the mode of delivery.

Keywords: Maternal-child nursing, Pregnancy high-risk, Natural childbirth.

[1] Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares da Universidade Federal de Goiás, Goiânia – GO.
[2] Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Goiânia – GO.
[3] Hospital Estadual da Mulher, Goiânia – GO.

SUBMETIDO EM: 3/2026 | **ACEITO EM: 4/2026** | **PUBLICADO EM: 5/2026**

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil obstétrico de las gestantes de alto riesgo que progresaron a parto vaginal y los resultados materno-fetales. **Métodos:** Estudio descriptivo transversal en octubre de 2025 en una maternidad pública, recopilando datos obstétricos, intraparto y fetales de las historias clínicas de partos vaginales ocurridos durante un año, constituyendo una muestra por conveniencia de 124 gestantes. **Resultados:** Promedio de 26,27 años y 2,34 embarazos, progresión a término, a pesar de tener diabetes, parto inducido con misoprostol, presencia de acompañante y uso de métodos no farmacológicos para aliviar el dolor. Estas mujeres presentaron pocas complicaciones y tuvieron contacto piel con piel con su bebé, que nacieron con peso adecuado y buen puntaje de Apgar, lo que permitió que esos binomios fueran transferidos a alojamiento conjunto. **Conclusiones:** Los resultados de este estudio demostraron que una monitorización adecuada en un entorno especializado contribuye a un resultado positivo y, por lo tanto, el alto riesgo por sí solo no debería determinar el modo de parto.

Palabras clave: Enfermería maternoinfantil, Embarazo de alto riesgo, Parto normal.

INTRODUÇÃO

Por mais que a gestação seja considerada um evento fisiológico e natural do corpo da mulher, podem ocorrer complicações durante o curso, de forma que cerca de 15% das gestações têm chances de evoluir para um desfecho desfavorável (WHO, 2017). Embora a ampliação da cobertura de saúde nos cuidados à saúde reprodutiva, materna e neonatal tenha provocado, em termos globais, uma redução de 40% no número de mortes maternas no período de 2000 a 2023, ainda em 2023 a mortalidade materna atingiu aproximadamente 260.000 mulheres, o que equivale a mais de 700 óbitos por dia (WHO, 2025).

Durante o pré-natal, a gestante é acompanhada e classificada de acordo com a estratificação de risco. Esse procedimento tem como intuito compreender a complexidade clínica e sociofuncional da gestação, buscando identificar precocemente fatores de risco relacionados não apenas às características individuais, comorbidades, história reprodutiva, mas, também, ao contexto familiar e comunitário em que ela está inserida, o que possibilita a atenção diferenciada com os cuidados necessários à saúde da mulher e da criança. A estratificação de risco é dividida em baixo risco, risco intermediário e alto risco (BRASIL, 2019).

A gestação de alto risco abrange todas as situações que possam intervir na evolução normal desse período gravídico, afetando tanto a saúde materna quanto a fetal. Em escala global, aproximadamente 20 milhões de gestantes são classificadas como de alto risco, resultando em cerca de 800 mortes maternas devido a complicações durante a gestação (JOHNSON A, et al., 2024).

Independentemente do risco, o desfecho da gestação é compreendido pelo parto, um fenômeno que resulta na expulsão do feto e seus anexos. Existem dois tipos de parto: via cesárea, que equivale ao procedimento cirúrgico, e via normal, que é o parto em sua forma fisiológica e natural. Quando se relaciona a gestação de alto risco com a via de parto, é comum que ocorra uma forte associação com o parto via cesárea. Porém, quando não há critérios bem definidos para a escolha dessa via de parto e respeito à particularidade de cada gestante, ela pode acarretar riscos adicionais, aos quais mãe e feto não precisariam ser submetidos (ANTUNES MB, et al., 2020).

Essa realidade se reflete em números: no Brasil, no período de 2020 a 2023, 6.089.041 mulheres tiveram seus recém-nascidos por parto via cesárea; em contrapartida, apenas 4.411.791 partos ocorreram pela via normal (DATASUS, 2024). A proporção média global de partos via cesárea é de 21,1%; desse montante, avassaladores 42,8% ocorrem na América Latina. No que diz respeito à realidade brasileira, uma tendência temporal verificou a proporção de partos via cesárea e evidenciou taxas acima da média global (56,4%) (PIRES RC, et al., 2025), em contraste ao divulgado pela literatura científica em que a taxa de cesárea, em nível mundial, não deve ultrapassar 15% (OMS, 2015).

O parto via vaginal, popularmente conhecido como parto via normal, é considerado um processo fisiológico espontâneo, uma vez que a progressão do trabalho de parto, sem complicações, ocorre de forma singular e sem necessidade de intervenções mecânicas, ou seja, o corpo se encontra preparado com seus próprios

mecanismos para o parto. Por isso, estão atrelados ao parto via normal diversos benefícios para a saúde materno fetal, a exemplo da rápida recuperação no pós-parto, o fortalecimento do vínculo binômio mãe-bebê e menor risco de infecção hospitalar e puerperal, além de menor taxa de mortalidade. Logo, o parto via normal, quando possível e seguro, considerando-se ainda a dimensão multifacetada da gestante, deve ser incentivado, pois promove os melhores desfechos de saúde para a mãe e o bebê (SANTOS AR, et al., 2024).

Ponderando sobre a associação precipitada da gestação de alto risco ao parto via cesárea, atualmente, e, em contrapartida, os benefícios do parto via normal, a presente pesquisa buscou descrever o perfil obstétrico de gestantes de alto risco que evoluíram para o parto via vaginal e os desfechos materno-fetais. Seus resultados contribuirão para evidenciar os motivos para a escolha dessa via de parto, subsidiando a importância de se defendê-lo na prática clínica, transcendendo a escolha e superando a realidade baseada apenas na característica do risco, bem como as possibilidades de desfechos materno-fetais positivos, com aprimoramento do cuidado materno-infantil no alto risco.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa do tipo transversal descritivo, realizado em um hospital universitário, especificamente no setor de internação direcionado às gestantes com perfil assistencial de alto risco.

A população do estudo foi composta por gestantes atendidas na instituição no período de agosto de 2024 a agosto de 2025. Foram incluídas as gestantes classificadas como alto risco pelo serviço na internação, a partir do seu histórico individual durante o curso da gestação, por meio de condições clínicas, obstétricas, sociodemográficas ou ambientais, e que evoluíram para partos vaginais na unidade. A população inicial de estudo totalizou 158 gestantes. Foram excluídas aquelas que possuíam registros incompletos no prontuário a respeito das variáveis analisadas (n=19), as que evoluíram para cesariana (n=14) ou as que realizaram o parto fora da unidade (n=1). Dessa maneira, a amostra definida por conveniência foi composta por 124 gestantes.

A coleta de dados foi realizada em outubro de 2025, após a aprovação ética do estudo. A pesquisa foi complementada com dados secundários, a partir da análise documental de prontuários eletrônicos e físicos das gestantes. Para isso, utilizou-se um instrumento padronizado elaborado pelas pesquisadoras e hospedado no *Google Forms*®, o qual permitiu o registro das seguintes variáveis: 1) Dados obstétricos: identificação, data de nascimento, idade, número de gestações, data do parto, idade gestacional, número de consultas de pré-natal, diagnósticos, comorbidades, idade gestacional no parto; 2) Dados intraparto: induzido ou espontâneo, indicação para interrupção, intercorrências no trabalho de parto e no pós-parto, uso de medicação e/ou mecanismos no trabalho de parto, presença ou ausência de acompanhante em sala de parto, contato pele a pele, métodos não farmacológicos para alívio da dor, método contraceptivo no pós-parto, destino da puérpera após o parto; 3) Dados fetais: óbito neonatal, nascidos vivos, peso, escore de Apgar, destino do recém-nascido após o parto.

Os dados foram tabulados e organizados com o auxílio de planilhas do programa *Microsoft Excel*®. A análise das variáveis coletadas foi realizada por meio de estatística descritiva, contemplando frequências absoluta (n) e relativa (%) para variáveis qualitativas, e média e desvio padrão (DP) para variáveis quantitativas, utilizando-se tabelas para apresentação.

Este projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética recomendado, respeitando-se os princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido aprovado conforme os pareceres nº 7.789.019 e CAAE 89634225.5.0000.5078.

RESULTADOS

A média de idade e do número de gestações das 124 gestantes analisadas foram de 26,27 (±7,7) anos e 2,34 gestações (±1,4), respectivamente. Em relação aos antecedentes obstétricos e paridade, a maioria

(n=64, 51,62%) tinha histórico de parto normal anterior, fez 8,23 (±4,0) consultas de pré-natal na gestação atual e chegou até o termo (n=90, 72,58%). Em relação aos diagnósticos clínicos que motivaram a internação dessas gestantes, destaca-se a Diabetes Mellitus (DM) tipo 1, tipo 2 ou gestacional (n=25, 20,16%) (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Dados obstétricos (n=124).

Variável	Média (DP)	n	%
Idade	26,27(±7,7)		
Número de gestações	2,34(±1,4)		
Primíparas		27	21,77%
Número de partos normais prévios		64	51,62%
Número de cesáreas prévias		8	6,45%
Abortos prévios		25	20,16%
Idade gestacional			
pré-termo (<37 semanas)		34	27,42%
termo (> 37 a 41 semanas)		90	72,58%
pós-termo (>42 semanas)		0	0
Número de consultas de pré-natal	8,23(±4,0)		
Diagnósticos			
Síndromes hipertensivas		19	15,32%
Diabetes mellitus		25	20,16%
Síndromes hipertensivas e diabetes mellitus		9	7,26%
Doenças do sistema urinário		3	2,42%
Doenças infecciosas		9	7,26%
Doença cardiovascular		4	3,23%
Doenças endócrinas		8	6,45%
Uso de substâncias psicoativas ilícitas		1	0,81%
Adolescente		8	6,45%
Pós datismo		1	0,81%
Doença autoimune		1	0,81%
Alterações uterinas		3	2,42%
Óbito fetal		10	8,06%
Intercorrências obstétricas		4	3,23%
Malformação fetal		7	5,65%
Alterações fetais		9	7,26%
Doenças trombofílicas		2	1,61%
Doença neurológica		1	0,81%

Fonte: Santos ET, et al., 2026.

Em relação ao tipo de parto normal, o parto vaginal induzido foi mais frequente (n=80, 64,52%) entre essas gestantes. A principal indicação foi a Diabetes Mellitus (n=14, 11,29%). Para isso, a indução por misoprostol foi a mais utilizada (n=41, 33,06%). Durante o trabalho de parto, a maioria das gestantes teve acompanhantes (n=115, 92,74%) e utilizou métodos não farmacológicos para alívio da dor (n=62, 50%), além de ter tido a oportunidade de contato pele a pele (n=94, 75,81%). As complicações durante o trabalho de parto (uso de vácuo extrator, circular de cordão, retenção placentária, uso de fórceps e alterações hemodinâmicas) ocorreram em menos de 10% dos casos (n=11, 8,88%). A atonia uterina, complicação pós-parto imediato mais frequente neste estudo, aconteceu em menos de 10% da amostra (n=8, 6,45%) e a maioria das puérperas, após o parto, foi encaminhada à enfermaria (n=120, 96,77%) (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Dados intraparto (n=124).

Variável	n	%
Tipo de parto		
Espontâneo	44	35,48%
Induzido	80	64,52%
Indicação para interrupção do parto		
N/A	44	35,48%
Rotura prematura de membrana	8	6,45%
Síndrome hipertensiva (HAC, HAC e PE)	13	10,48%
Diabetes mellitus (DM, DMG)	14	11,29%
Síndrome hipertensiva e Diabetes Mellitus	7	5,65%
Doenças infecciosas	7	5,65%
Doença cardiovascular	1	0,81%
Alterações fetais	12	9,68%
Malformação fetal	2	1,61%
Doença renal	1	0,81%
Doença trombofílica	2	1,61%
Doença neurológica	1	0,81%
Alterações uterinas	2	1,61%
Óbito fetal	9	7,26%
Pós datismo	1	0,81%
Interferência no trabalho de parto		
Nenhuma	27	21,77%
Misoprostol	41	33,06%
Ocitocina	14	11,29%
Ruptura Artificial de Bolsa	2	1,61%
Krause	1	0,81%
Ocitocina e Episiotomia	1	0,81%
Misoprostol e Ocitocina	21	16,94%
Misoprostol e Krause	1	0,81%
Misoprostol e Ruptura Artificial de Bolsa	6	4,84%
Misoprostol, Ocitocina e Krause	1	0,81%
Misoprostol, Ruptura Artificial de Bolsa e Ocitocina	4	3,23%
Misoprostol, Ruptura Artificial de Bolsa, Ocitocina e Episiotomia	1	0,81%
Ruptura Artificial de Bolsa e Ocitocina	3	2,42%
Ruptura Artificial de Bolsa, Ocitocina e Episiotomia	1	0,81%
Acompanhante no parto		
Sim	115	92,74%
Não	9	7,26%
Métodos não farmacológicos para alívio da dor		
Sim	62	50%
Não	62	50%
Contato pele a pele		
Sim	94	75,81%
Não	30	24,19%
Complicação no trabalho de parto		
Nenhuma	113	91,12%
Uso de vácuo extrator	4	3,23%
Uso de fórceps	1	0,81%
Retenção placentária	3	2,42%
Alterações hemodinâmicas	2	1,61%
Circular de cordão	1	0,81%
Complicação no pós-parto imediato		
Atonia Uterina	8	6,45%
Hemorragia pós-parto	5	4,03%
Sangramento aumentado	2	1,61%
Pré eclâmpsia	1	0,81%
Nenhuma	108	87,10%
Destino da puérpera		
Enfermaria	120	96,77%
Unidade de Terapia Intensiva	1	0,81%
Centro cirúrgico	3	2,42%

Fonte: Santos ET, et al., 2026.

Em relação ao nascimento, os nascidos vivos foram maioria (n=116, 91,34%), pesaram em média 2.694,59g (±918,82), apresentando escore médio de Apgar de 7,51 (±2,68) no primeiro e 8,26 (±3,00) no quinto minuto, além de terem sido encaminhados ao alojamento conjunto após o parto (n=97 76,387%) (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Dados Fetais (n=127)*.

Variável	Média (DP)	n	%
Feto Vivo			
Sim		116*	91,34%
Não		11	8,66%
Óbito neonatal			
Sim		3	2,36%
Não		124	97,64%
Peso Fetal	2694,59 (±918,82)		
Apgar			
Apgar 1° minuto	7,51 (±2,68)		
Apgar 5° minuto	8,26 (±3,00)		
Destino do RN			
ALCON		97	76,38%
UTIN		9	7,09%
UCIN		7	5,51%
Necrotério		14	11,02%

*O número de recém nascidos no período foi de n=127, devido à gemelaridade.
Fonte: Santos ET, et al., 2026.

DISCUSSÃO

A idade média das gestantes encontrada neste estudo (26,2 anos) evidencia uma modificação comportamental em relação à idade materna conforme o avanço da sociedade. Outro estudo brasileiro recente, com gestantes de alto risco, também verificou média próxima à encontrada nesta investigação (27,9 anos) (CARVALHO FF, et al., 2024). Esse fenômeno ocorre devido à independência financeira, ao nível de escolaridade e à solidificação de carreiras dessas mulheres (SOUZA CE, et al., 2023). Essa mudança de paradigma também pode explicar o comportamento das mulheres em relação à maternidade no que diz respeito ao número de gestações, pois a média de ocorrências no período de 1925 a 1929 entre as brasileiras era de aproximadamente 6 gestações (SILVA JH, et al., 2022), enquanto, neste estudo, o índice encontrado foi de 2,34, demonstrando que as mulheres têm se ocupado menos com a maternidade em detrimento de outras atividades em suas vidas.

Em relação aos antecedentes obstétricos, mais da metade possuía parto via normal anteriormente, sendo, portanto, consideradas multíparas, conforme evidenciado por outra investigação brasileira realizada no Nordeste do país, em que 70,5% das gestantes de alto risco eram multíparas (FONSECA JS, et al., 2022). Na literatura, a multiparidade é considerada um fator de risco elevado por conta da sua associação com a ocorrência de complicações maternas e neonatais (DASA TT, et al., 2022).

O sistema brasileiro de saúde da mulher passou a ser considerado intervencionista, pois, ao invés de ser um processo fisiológico e pertencente à mulher e seu bebê, o protagonista do trabalho de parto é o médico (FERNANDES JA, et al., 2020). Em um estudo recente na região Sul do país, 74,6% de cesáreas foram realizadas sem real indicação, o que demonstra a inobservância dos profissionais de saúde acerca da fisiologia do parto (FERRACIOLI GV, et al., 2024).

A falta de acesso ao conhecimento do processo gestacional e suas implicações, a ausência de atenção humanizada e qualificada durante período gravídico puerperal são fatores que culminam na diminuição da capacidade de protagonismo na tomada de decisão por parte da mulher, principalmente durante o parto (CARVALHO GJ, et al., 2025). As características que definem o alto risco na maioria das vezes não contraindicam o parto normal; por isso, é importante compreender as peculiaridades envolvidas, de modo a incentivar o parto via normal, reduzindo-se as taxas de procedimentos sem indicação (MANFIO SB, et al., 2024).

Apesar de o alto risco estar associado à prematuridade, nesta amostra não foi observada sua ocorrência em maior frequência, sendo assim, independentemente da vulnerabilidade encontrada nessa população (JOHNSON A, et al., 2024), a maioria das mulheres conseguiu alcançar a idade gestacional adequada.

Em relação às características clínicas que trazem risco a essas mulheres, há diversas situações e morbidades que contribuem para sua classificação. Neste estudo, destacou-se a DM, uma comorbidade que vem apresentando tendência de aumento na prevalência global, afetando um maior quantitativo de mulheres férteis com obesidade e sedentarismo, que podem ser impactadas pelas repercussões da doença (RIBEIRO NN, et al., 2024), de forma ainda mais expressiva quando se leva em consideração a idade materna mais avançada ou gestações mais tardias.

A Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) apresenta uma prevalência mundial que gira em torno de 14%, porém essa variável sofre modificações relacionadas aos critérios de abordagem e diagnóstico durante o pré-natal (WANG H, et al., 2022). Além disso, essa morbidade apresenta chances maiores de ocorrência em gestantes multíparas, com idade materna superior a 35 anos e sobrepeso (SANTOS PA, et al., 2020).

Sabe-se que componentes fundamentais para o desenvolvimento adequado da gestação de alto risco são as consultas de pré-natal, preconizadas em no mínimo 7 atendimentos, conforme a Rede Alyne (BRASIL, 2024). No caso das gestantes investigadas nesta pesquisa, a maioria ultrapassou o mínimo recomendado, o que pode ter favorecido o desfecho materno-fetal, uma vez que os partos dessas gestantes também aconteceram no termo. Em uma maternidade pública de Joinville/SC também se pôde observar a redução na prematuridade por meio de um pré-natal adequado, em que foi possível a detecção precoce de alterações como a diabetes e a realização do seu acompanhamento (SILVA RR, et al., 2019). Além da participação nas consultas de pré-natal, é essencial a adoção de estratégias de educação em saúde, a exemplo da disponibilização de informações conforme o letramento de saúde da gestante, bem como uma assistência humanizada e multiprofissional (NASCIMENTO BT, et al., 2023). Sendo assim, o pré-natal, especialmente no alto risco ou em situações em que se consegue determinar o risco da gestante, é de suma importância para o desfecho do binômio.

Na vigência do diabetes durante a gestação também se observa concomitantemente, em maior frequência, a prematuridade, a síndrome hipertensiva e a indicação da cesárea (BRASIL, 2022). Em estudo comparativo de gestantes com e sem diabetes realizado na Suécia, as diabéticas tiveram mais indicações de cesariana como via de parto, mais complicações na hora do parto e menores idades gestacionais (VALGEIRSDÓTTIR IR, et al., 2022). Por outro lado, assim como Ribeiro JF, et al. (2024), nesta pesquisa, a maioria das gestantes, apesar de diabéticas, levou suas gestações a termo, sugerindo que possivelmente essas mulheres tiveram um bom acompanhamento em seu pré-natal. Ademais, neste estudo também se verificou evolução para partos via normal, o que indica que há possibilidade de a doença cursar com contenção de eventuais complicações, conforme acontece o acompanhamento desse binômio.

Apesar das complicações citadas, a diabetes não é uma indicação absoluta de parto cesáreo pois a via de parto varia conforme as condições clínicas maternas e fetais (YIN Z, et al., 2022) e, nas diabéticas que não evoluíram para o parto vaginal espontâneo, a gestação pode ser interrompida por meio da indução de trabalho de parto, minimizando os riscos maternos-fetais (LI X, et al., 2023), como ocorreu com a maioria das gestantes estudadas. Em investigação no Piauí, foram obtidos 267 casos de indução; dentre as indicações, a DM foi a segunda justificativa mais frequente, com 16% (QUEIROZ AL, et al., 2023). Em relação à medicação utilizada, a que teve maior frequência foi a do uso isolado de misoprostol, que é amplamente utilizado na indução de partos a termo (FEBRASGO, 2023).

Em relação ao período intraparto, considerado um dos mais vulneráveis e importantes, tanto para gestante quanto para a família (BRASIL, 2005), a presença do acompanhante ocorreu na maioria dos casos. A Lei Federal nº 11.108/2005, conhecida como Lei do Acompanhante, garante à gestante o direito de escolha de seu acompanhante, nas fases de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005). Sua ausência pode gerar repercussões negativas na experiência do parto, assim como se observou no estudo de Riegert IT, et al. (2018), em que a maioria (52,7%) não teve acompanhante, o que impactou na satisfação com o parto. Sendo assim, a presença de alguém de confiança, que dê suporte, configura um método não farmacológico para alívio da dor, garantindo à gestante conforto e acolhimento.

Em relação ao período intraparto, considerado um dos mais vulneráveis e importantes, tanto para gestante quanto para a família (BRASIL, 2005), a presença do acompanhante ocorreu na maioria dos casos. A Lei Federal nº 11.108/2005, conhecida como Lei do Acompanhante, garante à gestante o direito de escolha de seu acompanhante, nas fases de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005). Sua ausência pode gerar repercussões negativas na experiência do parto, assim como se observou no estudo de Riegert IT, et al. (2018), em que a maioria (52,7%) não teve acompanhante, o que impactou na satisfação com o parto. Sendo assim, a presença de alguém de confiança, que dê suporte, configura um método não farmacológico para alívio da dor, garantindo à gestante conforto e acolhimento.

Existem outros mecanismos que possibilitam à mulher lidar com a dor e a sensação de controle pessoal do processo, contribuindo para reduzir a analgesia, instrumentalização do parto e indicações de cesáreas, o registro de melhores índices de Apgar e a satisfação com o parto. Exemplos disso são a movimentação, exercícios com bola, toque, massagem, aplicação de calor ou frio, musicoterapia, banho de chuveiro, técnicas de relaxamento, entre outros (BRASIL, 2022). Dator LM, et al. (2025), revelam que práticas humanizadas reduzem condições emocionais adversas, oferecem uma melhor experiência do parto e contribuem para a evolução desse processo. Sendo assim, apesar da imparcialidade do estudo, já que para a metade das mulheres participantes foram oferecidos métodos não farmacológicos de alívio da dor, esse resultado pode refletir a tentativa de assistência humanizada durante o parto.

Igualmente humanizador, porém verificado com maior frequência, foi o contato pele a pele, assim como ocorreu na pesquisa de Oliveira GC, et al. (2022), em que esse procedimento foi promovido em 92,3% dos partos via vaginal. O contato pele a pele logo após o parto possibilita muitos benefícios para o binômio mãe-bebê, independentemente do tipo escolhido, pois favorece o aleitamento materno exclusivo, melhora a termorregulação e os níveis de glicose do neonato (MOORE E, et al., 2025). Em uma revisão sistemática com meta-análise, a amamentação também esteve associada a menor incidência de hipertensão materna e diabetes ao longo da vida, reduzindo em 36% esse risco (ZHENG S, et al., 2025), ratificando, assim, a importância de se estimular o contato pele a pele e a amamentação já na primeira hora de vida do recém-nascido.

No que tange às complicações, a atonia uterina foi a mais frequente, com registro de 6,4% de ocorrências. Apesar de ser apontada como uma das complicações de maior risco em gestantes com DMG (RIBEIRO JF, et al., 2024), ela se manteve dentro das taxas previstas para as gestantes de alto risco, população em que essa prevalência é em torno de 4% a 8% (FROTA RG, et al., 2024). Portanto, os achados indicam que, mesmo no alto risco, o parto via normal é possível, haja vista que, em uma análise temporal do Brasil entre 2010 e 2019, apenas 0,05% dos 792.592 partos via normal no alto risco registrados evoluíram para óbito materno (MICHELS FA, et al., 2022). Por esse motivo e pelo baixo percentual de complicações, a maioria das puérperas desta investigação foram encaminhadas à enfermaria após o parto (96,77%).

Embora o alto risco seja associado frequentemente à prematuridade, nesta amostra mais de 50% foram de gestações a termo, com recém-nascidos pesando em média 2.694,59g, como já havia sido evidenciado por Pereira JC, et al. (2024). Esse fato desmistifica a certeza de desfechos neonatais desfavoráveis no alto risco. Outro determinante que pode indicar complicações é o índice de Apgar ao nascer, cuja média neste estudo, tanto no primeiro quanto no quinto minuto de vida, foi de 7,51 e 8,26, respectivamente. Esses índices se apresentam dentro da normalidade, mesmo nas gestações de alto risco, como as investigadas por Wainstock T e Sheiner E (2022). Isso também proporcionou encaminhamento oportuno de 76,38% dos recém-nascido à enfermaria. Diante dos desfechos fetais considerados favoráveis, estes alinham-se com as evidências de que o alto risco não determina desfechos adversos, mas, sim, devem chamar a atenção sobre uma condição que exige vigilância.

O estudo tem limitações próprias do desenho e método utilizados, bem como da coleta de dados secundários, mas, mesmo assim, seus resultados permitem o debate científico acerca das potencialidades da via de parto normal e reafirmam, com base nas evidências, seus benefícios para o binômio mãe-bebê. Os resultados da pesquisa viabilizam, portanto, a discussão sobre a tomada de decisão em relação à via de parto no alto risco, bem como a condução do manejo durante o pré-natal, contestando o pressuposto de que apenas

a via cesariana é a mais indicada nessa situação e que apresenta menos risco para o binômio mãe-bebê. Também evidencia a importância da contribuição profissional desde a primeira consulta de pré-natal, bem como a necessidade de se respeitar o protagonismo materno, que pode ser perdido no alto risco. Ele reforça o entendimento de que os benefícios do parto vaginal podem ser encontrados na complexidade, a partir de desfechos favoráveis.

É igualmente importante frisar a necessidade de respeito à particularidade de cada gestante, sua história clínica e obstétrica, bem como o próprio desejo materno. Além disso, esse olhar crítico e humano deve ser iniciado já na atenção primária e perpassado aos demais níveis de atenção que a mulher trilhe durante a gravidez, compreendendo a complexidade da gestação, da vivência e da clínica, favorecendo o manejo adequado tanto no pré-parto quanto no intraparto e pós-parto, a participação nas consultas de pré-natal, e, também, a preparação adequada da família, além de, em alguns casos, enfrentamentos pessoais, contribuindo assim para a evolução gestacional e o tão esperado parto. É fundamental ter a compreensão de que o saber profissional não está acima, mas, sim, ao lado da gestante, caminhando juntamente com ela e sua família. Sendo assim, é fundamental o fortalecimento do cuidado obstétrico especializado, em conjunto com protocolos clínicos definidos e qualificação da equipe responsável pelos procedimentos, bem como o letramento em saúde da gestante e família, a fim de garantir uma assistência segura, humanizada e baseada em evidências científicas.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo evidenciaram que o perfil obstétrico de gestantes de alto risco que evoluem para o parto via normal foi caracterizado por mulheres com média de 26,27 anos, multíparas, cujas gestações progrediram até o termo, apesar de serem portadoras de DM; tiveram o parto induzido com misoprostol devido à morbidade, contaram com a presença de acompanhante em seu parto e receberam métodos não farmacológicos de alívio da dor. Em relação aos desfechos materno-fetais, essas mulheres apresentaram poucas complicações e realizaram contato pele a pele com seus bebês, os quais nasceram com peso adequado e com bom escore de Apgar, possibilitando que esse binômio fosse encaminhado à enfermaria em alojamento conjunto.Com base neste estudo, pode-se afirmar que o acompanhamento adequado, em ambiente especializado, contribui para um desfecho positivo e, por isso, o alto risco não deve determinar um desfecho desfavorável para a gestante e sua família. Dessa forma, conclui-se que a possibilidade do parto via vaginal no alto risco amplia a ótica profissional instrumentalista, oferecendo a necessidade de ampliação das bases da escolha para além da categorização de alto risco.

REFERÊNCIAS

1. ANTUNES MB, et al. Relationship between gestational risk and type of delivery in high risk pregnancy. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2020; 54.
2. BRASIL. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal versão preliminar. 2022.
3. BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2005.
4. BRASIL. Nota Técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. 2019.
5. BRASIL. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Institui a Rede Alyne de Cuidado Integral à Saúde Materna, Parturiente, Puérpera e da Criança e dá outras providências. 2024.
6. CARVALHO FF, et al. Apoio social entre puérperas de risco: associação com características sociodemográficas e clínicas. Cogitare Enfermagem, 2024; 29.
7. CARVALHO GJ, et al. Protagonismo da mulher no seu parto humanizado. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 2025; 2(2).
8. DASA TT, et al. Effect of grand multiparity on adverse maternal outcomes: A prospective cohort study. Front Public Health, 2022.
9. DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. População de nascidos vivos por parto normal e por parto cesárea por região no período de 2020 a 2023. Brasília (Brasil):

10. Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/nascidos-vivos-desde-1994. Acessado em: 30 de janeiro de 2026.
11. DATOR LM, et al. Impactos do parto humanizado na saúde materno-infantil: uma análise dos benefícios físicos e emocionais. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2025; 7.
12. FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Uso de misoprostol em obstetrícia. 2023.
13. FERNANDES JA, et al. Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. Cadernos de Saúde Pública, 2020; 36(5).
14. FERRACIOLI GV, et al. Fatores associados aos nascimentos por cesárea sem justificativa de indicação clínica: segundo classificação de Robson. Ciência, Cuidado e Saúde, 2024; 23.
15. FONSECA JS, et al. Perfil epidemiológico e clínico de mulheres gestantes de alto risco. Recien - Revista Científica de Enfermagem, 2022; 12(38).
16. FROTA RG, et al. Benefícios e desafios na assistência ao parto humanizado: uma revisão integrativa da literatura. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2024; 6(11).
17. JOHNSON A, et al. Quantifying the occurrence of high-risk pregnancy: a comprehensive survey. Cureus, 2024; 16(4).
18. MANFIO SB, et al. Brazilian Journal of implantology and health sciences, 2024; 6(6).
19. MICHELS FA, et al. M. Boas práticas na atenção ao parto e nascimento em maternidades do Sul do Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2022; 22(2).
20. MOORE E, et al. Immediate or early skin-to-skin contact for healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2025, 10.
21. NASCIMENTO BT, et al. Educação em saúde na atenção primária: prevenção de diabetes mellitus gestacional. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2023; 5(4).
22. OLIVEIRA GC, et al. Associação entre a via de parto e o perfil obstétrico de parturientes. Enfermagem em Foco, 2022 (13).
23. OMS. Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas, 2015. Disponível em:<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=>. Acessado em: 30 de janeiro de 2026.
24. PEREIRA JC, et al. Desfechos neonatais desfavoráveis: um estudo de base hospitalar. Revista medica de minas gerais, 2024; 34.
25. PIRES RC, et al. Recent temporal trends in cesarean section rates in Brazil according to the Robson classification system. Cadernos de Saúde Pública, 2025; 41(8).
26. QUEIROZ AL, et al. Perfil das pacientes submetidas ao preparo de colo com misoprostol vaginal para indução do trabalho de parto em maternidade de referência do Piaui. Femina, 2023; 51(11).
27. RIBEIRO NN, et al. Complicações materno-fetais em mulheres com diabetes gestacional: revisão. Archives of Health, 2024; 5(3).
28. RIBEIRO JF, et al. Desfechos maternos e neonatais de admissões por diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública. Revista Aracê, 2024; 6(2).
29. RIEGERT IT, et al. Avaliação da satisfação de puérperas em relação ao parto. Revista de Enfermagem UFPE on line, 2018; 12(11).
30. SANTOS PA, et al. Diabetes gestacional na população atendida pelo sistema público de saúde no Brasil. Prevalência e fatores de risco. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2020; 42(1).
31. SILVA JH, et al. Educational pairings and fertility decline in Brazil: An analysis using cohort fertility. Demographic Research, 2022; 46.
32. SILVA RR, et al. Desfechos materno-fetais de gestantes com e sem diabetes mellitus gestacional. Arquivos Catarinenses de Medicina, 2019; 48(3).
33. SOUZA CE, et al. A relação entre a idade materna e as complicações obstétricas. In: Estudos Interdisciplinares em Ciências da Saúde. João Pessoa: Periodicojs editora, 2023.
34. VALGEIRSDÓTTIR IR, et al. Diabetes mellitus gestacional tratada com dieta é um fator de risco subestimado para desfechos adversos da gravidez: um estudo de coorte populacional sueco. Nutrients, 2022.
35. WAINSTOCK T, SHEINER E. Low Five-Minute Apgar Score and Neurological Morbidities: Does

Prematurity Modify the Association? J. Clin. Med., 2022.
36. WANG, H. et al. IDF Diabetes Atlas: Estimation of Global and Regional Gestational Diabetes Mellitus Prevalence for 2021 by International Association of Diabetes in Pregnancy Study Group's Criteria. Diabetes Research and clinical practice, 2022.
37. WHO. Managing complications in pregnancy and childbirth; a guide for midwives and doctor, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565493>. Acessado em: 25 de março de 2026.
38. WHO. World Health Organization. Maternal mortality. 2025. Disponível em:<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. Acessado em: 22 de janeiro de 2026.
39. YIN Z, et al. Optimal delivery time for patients with diet-controlled gestational diabetes mellitus: a single-center real-world study. BMC Pregnancy Childbirth, 2022; 22(1).
40. ZHENG S, et al. Breastfeeding was associated with lower risks of maternal postpartum hypertension and diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. World Journal of Diabetes, 2025; 16(11).