








Práticas obstétricas hospitalares e suas repercussões no bem-estar materno*

Hospital obstetric practices and their repercussions on maternal welfare

Prácticas obstétricas hospitalarias y sus repercusiones en el bienestar materno

Como citar este artigo:

Alvares AS, Corrêa ACP, Nakagawa JTT, Valim MD, Jamas MT, Medeiros RMK. Hospital obstetric practices and their repercussions on maternal welfare. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03606. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018039003606>

-  Aline Spanevello Alvares¹
-  Áurea Christina de Paula Corrêa²
-  Janete Tamami Tomiyoshi Nakagawa²
-  Marília Duarte Valim²
-  Milena Temer Jamas³
-  Renata Marien Knupp Medeiros¹

* Extraído da dissertação: “Análise do bem-estar materno e da assistência prestada em uma Unidade de Pré-parto/Parto/Pós-parto imediato”, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, 2017.

¹ Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Cuiabá, MT, Brasil.

² Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Cuiabá, MT, Brasil.

³ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Departamento de Enfermagem, Botucatu, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the association of care practices performed by obstetric professionals with maternal welfare/malaise levels. **Method:** A quantitative study conducted in a Prepartum/Childbirth/Postpartum Unit of a Teaching Hospital with puerperal women who underwent vaginal births. An association was performed between obstetric practices and maternal welfare/malaise levels. **Results:** There were 104 puerperal women who participated. Obstetric practices which caused mothers to feel unwell and which obtained statistical significance were: amniotomy ($p = 0.018$), episiotomy ($p = 0.05$), adoption of horizontal positions in the expulsive period ($p = 0.04$), the non-use of non-invasive care technologies ($p = 0.029$), and non-skin-to-skin contact between mother and child ($p = 0.002$). For most women, the presence of a companion favored welfare, even though it did not have a statistically significant association. After performing logistic regression, non-performance of amniotomy was the only variable which showed significance in maternal welfare. **Conclusion:** Humanized obstetric practices have greater potential to promote maternal welfare. The importance of obstetric nurses conducting practices which provide greater welfare to mothers is emphasized.

DESCRIPTORS

Maternal Welfare; Obstetric Nursing; Humanizing Delivery; Maternal-Child Nursing.

Autor correspondente:

Aline Spanevello Alvares
Universidade Federal de Mato Grosso,
Faculdade de Enfermagem
Av. Fernando Corrêa da Costa, 2367
CEP 78060-900 – Cuiabá, MT, Brasil
aline_spanevello@hotmail.com

Recebido: 29/08/2018
Aprovado: 12/11/2019

INTRODUÇÃO

Com o objetivo principal de reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil, a parturição, antes acompanhada por parteiras e vista como um processo natural, passa a ser tratada como evento patológico e, portanto, passiva de intervenções médicas. Tais mudanças culminaram na institucionalização deste evento que passou a ter como figura principal o profissional médico⁽¹⁾.

Esta mudança de cenário foi, em parte, responsável pela queda nas taxas de mortalidade materna e infantil, contudo, com o passar do tempo, a supervalorização do modelo tecnocrático, que privilegia a alta tecnologia como sinal de sucesso, sem considerar as desvantagens dela decorrentes, culminou em crescentes taxas de intervenções como as cesarianas e estagnação dos índices de mortalidade materna e infantil⁽²⁾.

Essas transformações fizeram com que a mulher perdesse sua autonomia ao ser submetida a regras institucionais e decisões médicas, o que a tornou coadjuvante na cena do parto. Soma-se a isso, o fato de se deparar com ambiente e pessoas desconhecidas, o que gerou estresse, medo e solidão para a parturiente⁽³⁻⁴⁾.

Considerando a insuficiência do modelo obstétrico vigente para a diminuição das taxas de mortalidade, assim como suas iatrogênicas consequências, surgem intensos movimentos pela humanização do parto e nascimento. Com isso, o Ministério da Saúde brasileiro teve como iniciativa a proposição de políticas e programas que valorizassem o parto normal como um evento natural e fisiológico⁽¹⁾.

Apesar dos avanços políticos em direção a um modelo de atenção humanizado ao parto nos últimos anos, a realidade obstétrica demonstra dificuldades na efetivação de tais preceitos. Tal conjuntura foi evidenciada no estudo multicêntrico “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento”, a maior pesquisa já desenvolvida sobre gestações e nascimentos no país, realizada no período de 2011 a 2012 com 23.894 mulheres.

Este inquérito nacional encontrou taxas preocupantes de procedimentos sabiamente não recomendados há três décadas: mais de 70% das mulheres são puncionadas; 37% sofrem manobra de Kristeller; 56% são submetidas à episiotomia; 70% são privadas de alimentação no trabalho de parto; 92% têm seus partos em posição de litotomia; 40% receberam ocitocina e amniotomia; menos da metade (46%) tem liberdade de movimentação durante o trabalho de parto e apenas 18% conta com a presença contínua de um acompanhante. O estudo evidenciou ainda, contundentes desigualdades socioeconômicas, raciais e regionais na atenção ao parto⁽⁵⁾.

Neste contexto, destaca-se a importância da enfermeira obstétrica (EO) como um agente que tem contribuído com a modificação do atual modelo de atenção obstétrica, visto que sua formação é orientada para o cuidado e sua assistência encontra-se pautada na humanização⁽⁶⁾. No entanto, ainda são inúmeras as barreiras que se apresentam à atuação desta profissional, decorrentes do modelo de atenção hegemônico alicerçado no conhecimento cartesiano e biomédico⁽⁷⁾.

Considerando que as mudanças propostas pelo modelo humanizado também objetivam alcançar a satisfação materna, nota-se a importância da avaliação dos serviços de saúde pelos usuários, pois apenas quem usufrui do serviço oferecido é capaz de avaliá-lo⁽⁵⁾. Frente ao exposto, torna-se relevante identificar práticas assistenciais que interferem no bem-estar materno durante a parturição, a fim de possibilitar a identificação dos atributos necessários a uma assistência humanizada que lhe gere satisfação⁽⁸⁾.

Apesar de sua importância, são poucos os estudos que buscaram conhecer e analisar o bem-estar de mulheres no processo parturitivo. No que se refere às investigações quantitativas sobre o tema, as produções são ainda mais escassas, uma vez que, por se tratar de um constructo subjetivo (percepção do indivíduo), predominam as abordagens qualitativas.

No entanto, destaca-se a presença de uma pesquisa quantitativa sobre a temática, realizada na cidade de São Paulo, que revelou de forma preocupante, que a maioria das mulheres entrevistadas (56%) apresentou mal-estar durante a parturição⁽⁹⁾.

Desta forma, considerando o vazio científico sobre a temática, e a importância deste conhecimento para subsidiar o cuidado humanizado ao parto, o presente estudo teve como objetivo analisar a associação das práticas assistenciais prestadas por profissionais da área obstétrica (médicos e enfermeiras) com os níveis de bem-estar materno.

MÉTODO

TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e delineamento transversal.

CENÁRIO

Foi realizado em uma Unidade de Pré-Parto/Parto/Pós-Parto (PPP) de um Hospital Universitário localizado na capital mato-grossense. Hospital geral de médio porte, vinculado a uma universidade pública e mantido com recursos federais advindos dos Ministérios da Saúde e da Educação. Oferece atendimento em 32 especialidades médicas, realiza assistência multiprofissional em nove áreas e funciona como campo de estágio para o ensino na área da saúde. Trata-se de um hospital considerado referência para parturientes de risco habitual e de alto risco do município de Cuiabá, além de atender mulheres de outros 14 municípios que compõem a Baixada Cuiabana.

Atualmente o Hospital dispõe de 124 leitos, dos quais 24 são destinados aos serviços de ginecologia/obstetria. Para a assistência à parturiente, existe uma sala de admissão e triagem obstétrica, uma sala de parto operatório, localizada no centro cirúrgico e uma Unidade de PPP com três leitos, onde foi realizada a pesquisa. Este setor foi inaugurado em setembro de 2014, após a admissão de sete enfermeiras obstétricas e atende a aproximadamente 45 partos normais por mês. O modelo de assistência ao parto encontra-se em transição do tradicional para o humanizado.

POPULAÇÃO

Considerando que a atenção ao parto possui variações peculiares a cada região do País, dependentes dos arranjos técnico-políticos de cada maternidade, município e estado brasileiro, buscou-se estudar o município de Cuiabá pela grande representatividade que a rede de atenção à saúde materna infantil dessa capital possui, por encontrar-se localizada em uma região metropolitana de alta densidade populacional no estado de Mato Grosso (MT).

O estudo foi realizado no período de junho a setembro de 2016 e abrangeu 104 puérperas de parto normal.

Crítérios de inclusão: ter acima de quatro anos de estudo (em virtude da escala utilizada ser autoaplicável); ser puérpera de parto vaginal assistido por médico e/ou enfermeiro; não ter apresentado complicações durante a gravidez e parto; ter permanecido, no mínimo, quatro horas no setor de pré-parto; ter recém-nascido sem complicações clínicas no Alojamento Conjunto (AC). Foram excluídas as mulheres portadoras de alguma deficiência cognitiva e com distúrbios psiquiátricos, condições estas avaliadas por meio do prontuário da paciente e da entrevista realizada anterior à aplicação da escala.

DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

A amostragem foi realizada por conveniência, sendo selecionadas, portanto, todas as puérperas que se enquadraram nos critérios de inclusão deste estudo, no período já referido. A entrevista foi realizada no intervalo entre 24 e 48 horas após o parto, e em sua maioria no AC da instituição. Por ser autoaplicável, a escala foi entregue às mulheres, que leram e assinaram a opção correspondente a sua resposta. Alguns dados relacionados ao transcurso do trabalho de parto/parto/pós-parto foram coletados mediante pesquisa nos prontuários.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada pela mestrandia responsável pelo estudo e por uma aluna de graduação, bolsista do Programa de Iniciação Científica (PIBIC), treinada pela pesquisadora doutora responsável pela pesquisa matricial.

Com vistas a planejar a fase da coleta de dados, primeiramente foi realizada uma reunião com experts na área de obstetrícia, e na área de validação de instrumento de coleta de dados, para discutir o instrumento proposto para a coleta de dados. Após a reunião, o instrumento de coleta de dados foi adequado às sugestões recebidas e, só então, realizado o teste piloto com cinco puérperas, no início do mês de maio de 2016. Para tanto, foram utilizados os mesmos critérios da coleta de dados e respeitados os aspectos éticos. Após este momento, o instrumento foi readequado conforme as necessidades percebidas.

Os dados foram coletados mediante aplicação de dois instrumentos, um deles constituído de 50 questões relativas aos dados socioeconômicos, antecedentes obstétricos, transcurso do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, além de itens relacionados ao recém-nascido. O outro instrumento utilizado foi a Escala de Bem-estar Materno em Situação de

Parto 2 (BMSP2), construída por pesquisadoras chilenas⁽¹⁰⁾ e adaptada culturalmente e validada para o português do Brasil em uma tese de doutorado⁽⁹⁾.

A BMSP 2 é autoaplicável e seu instrumento se apresenta como uma escala do tipo *likert*, com respostas que variam de cinco (concordo totalmente) a um (discordo totalmente), com uma opção neutra (não concordo, nem discordo). Possui 7 domínios, distribuídos em 47 itens: qualidade do relacionamento durante o cuidado (13 itens; 13-65 pontos), autocuidado e conforto (9 itens; 9-45 pontos), condições que propiciam o contato mãe e filho (4 itens; 4-20 pontos), cuidado despersonalizado (6 itens; 6-30 pontos), participação familiar contínua (4 itens; 4-20 pontos), cuidado oportuno e respeitoso (6 itens; 6-30 pontos), ambiente físico confortável (5 itens; 5-25 pontos)⁽⁹⁾.

Para o resultado final da escala, é realizada a soma dos escores de todos os itens, correspondendo a três níveis de bem-estar: ótimo bem-estar (pontuação > 200); adequado ou bem-estar (pontuação entre 183 e 200) e mal-estar (pontuação < 183)⁽⁹⁾.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os questionários foram digitados em planilhas eletrônicas e processados pelo programa EpiInfo, versão 7.0. Por ser mais confiável para estudos com amostras pequenas, foi utilizado o teste exato de Fisher, adotando-se o nível de significância de 0,05 ($\alpha = 5\%$) como de associação estatisticamente significativa.

Para obtenção dos resultados, foi realizada associação entre a assistência recebida (variável independente) – profissional que assistiu ao parto; tecnologias não invasivas; presença de acompanhante; toques vaginais; amniotomia; posição do parto; laceração; episiotomia; contato pele a pele mãe-filho; aleitamento materno – e “mal-estar” ou “bem-estar/ótimo bem-estar” (variável dependente). Apesar da escala resultar em três níveis de bem-estar, para a realização desta associação, foram agrupadas aquelas que tiveram como resposta “bem-estar” e “ótimo bem-estar”, por se considerar ambas como resultado satisfatório.

Para a realização da regressão logística, a variável resposta foi o bem-estar/ótimo bem-estar. Para isso, foram selecionadas apenas as associações que obtiveram $p < 0,20$. Sendo consideradas como estatisticamente significantes aquelas associações que obtiveram valor de $p < 0,05$.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller, sob o Parecer nº 1.571.789/16 e em conformidade com a Resolução 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e explicado para cada participante, posteriormente obteve-se a assinatura desta e da pesquisadora responsável em duas vias, uma para arquivo da pesquisadora e outra para o puérpera.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 104 puérperas. A maioria apresentou 20 anos de idade ou mais; pouco mais de dois terços (72,1%) possuía de 10 a 12 anos de estudo (o que corresponde ao ensino médio completo ou incompleto), e 77,9% delas encontravam-se em uma relação estável ou eram casadas. A maioria das mulheres (65,4%) não estava inserida no mercado de trabalho e a renda familiar em 77,9% dos casos foi de dois salários mínimos ou menos (salário mínimo vigente à época: R\$ 880,00).

No que refere aos antecedentes obstétricos, 66,3% das mulheres apresentou histórico de partos anteriores, sendo a maioria deles vaginal (84,1%). A satisfação com a assistência recebida nesta(s) ocasião(ões) foi relatada por 76,9% delas.

Dos dados relacionados à gestação atual, ressalta-se que 65,4% destas não foram planejadas, 96,2% das gestantes fizeram acompanhamento pré-natal, contudo, 71% atingiu o número total de consultas recomendadas pelo Ministério da Saúde, que é de seis ou mais. Dentre as 100 mulheres que fizeram pré-natal, 86% se sentiram satisfeitas com a assistência recebida nas consultas e 68% afirmaram ter recebido informações sobre o trabalho de parto, parto, pós-parto e/ou tiveram suas dúvidas sanadas.

Número significativo de parturientes (93,3%) teve um acompanhante de sua escolha no momento do parto, sendo mais recorrente a presença do marido/companheiro (43,9%) e da mãe da parturiente (27,6%). Aquelas que não foram acompanhadas apresentaram como motivos a própria escolha, ou a indisponibilidade de alguém que pudesse fazê-lo. Do total de parturientes participantes do estudo, 84,6% fez uso de alguma tecnologia não invasiva de cuidado. Os

métodos utilizados foram: banho, bola, deambulação, agachamento, massagem, escalda-pés e banqueta. Dentre os mais acessados destacam-se a deambulação, o banho e a bola, utilizados de forma associada em 23,9% dos casos.

No que se refere às intervenções, a realização da amniotomia aconteceu em 39,4% dos partos e a episiotomia, foi realizada em 4,8% das parturientes, destas, 80% era primípara. Dentre as mulheres submetidas à episiotomia, 60% delas consideraram o procedimento favorável. Do total de mulheres, 13,5% delas referiu que os exames vaginais foram realizados de maneira invasiva, incômoda e sem respeito à privacidade.

Em relação às posições corporais assumidas no período expulsivo, as mais utilizadas foram as verticalizadas (90,4%). Dentre os 9,6% partos assistidos em posições horizontais, 5,8% foram em posição litotômica.

A laceração aconteceu em 63,5% dos casos, sendo em sua maioria (54,5%) de segundo grau, com uma única ocorrência classificada como grau 4. Ao serem questionadas se em uma próxima gravidez as mulheres optariam novamente pelo parto normal, 30,8% delas responderam negativamente.

Em relação à assistência ao recém-nascido, o clampeamento do cordão umbilical foi oportuno em 76% dos casos, o contato pele a pele mãe e filho foi propiciado em 70,2% e em 86,5% houve incentivo ao aleitamento materno na primeira hora de vida.

Do total de 104 partos, 60 foram acompanhados por médicos e 36 por enfermeiras obstétricas, sendo 8 assistidos por ambos os profissionais.

Os dados da Tabela 1 mostram a associação entre a assistência prestada e a BMSP2.

Tabela 1 – Associação entre as variáveis relacionadas a assistência e a classificação da Escala de Bem-estar Materno em Situação de Parto na unidade de Pré-Parto/Parto/Pós-Parto – Cuiabá, MT, Brasil, 2016.

Variáveis	Classificação da Escala		TOTAL	RP* (IC† 95%)	p-valor† Teste de Fisher
	Mal estar	Bem-estar/Ótimo Bem-estar			
Profissional					
Profissional Médico	7	53	60	2,1 (0,46-9,56)	0,270
Profissional Enfermeiro	2	34	36	1	
Tecnologias não invasivas					
Não	4	12	16	4,4 (1,32-14,63)	0,029
Sim	5	83	88	1	
Presença do acompanhante					
Sim	9	88	97	-	0,52
Não	0	7	7		
Incômodo nos Toques Vaginais					
Sim	1	13	14	0,8 (0,10-5,94)	0,652
Não	8	82	90	1	
Amniotomia					
Sim	7	34	41	5,3 (1,17-24,62)	0,018
Não	2	61	63	1	

continua...

...continuação

Variáveis	Classificação da Escala		TOTAL	RP* (IC† 95%)	p-valor‡Teste de Fisher
	Mal estar	Bem-estar/Ótimo Bem-estar			
Posição					
Horizontalizada	3	7	10	4,7 (1,38-15,96)	0,040
Verticalizada	6	88	94	1	
Laceração					
Sim	6	60	66	1,1 (0,30-4,34)	0,571
Não	3	35	38	1	
Episiotomia					
Sim	2	3	5	5,6 (1,55-20,53)	0,05
Não	7	92	99	1	
Contato pele a pele					
Não	7	24	31	8,2 (1,81-37,46)	0,002
Sim	2	71	73	1	
Aleitamento Materno					
Não	3	11	14	3,2 (0,9-11,4)	0,1
Sim	6	84	90	1	

* RP – Razão de Prevalência

† IC – Intervalo de Confiança

‡ P-valor – Nível de Significância

Os resultados apresentados na Tabela 1 revelaram que várias práticas utilizadas na condução do parto tiveram uma associação estatística significativa com o nível de bem-estar das parturientes. Dentre estas, destacam-se as tecnologias não invasivas, realização de amniotomia, posição no período expulsivo, episiotomia e contato pele a pele mãe-bebê.

A não utilização de tecnologias não invasivas do cuidado acarretou 4,4 vezes mais chances da mulher apresentar mal-estar, assim como a realização da amniotomia e da episiotomia, que acresceram respectivamente, 5,3 e 5,65 vezes mais mal-estar às parturientes.

As parturientes que assumiram posições horizontais no período expulsivo também tiveram mais mal-estar do que aquelas que se posicionaram verticalmente. Mulheres que não entraram em contato imediato com seus bebês tiveram maior chance de apresentar mal-estar, com uma diferença estatisticamente significativa.

Mesmo não tendo uma associação significativamente estatística com o bem-estar materno, para a maioria das mulheres, a presença de acompanhante favoreceu o bem-estar.

A Tabela 2 apresenta a regressão logística ajustada pela variável “Bem-estar/Ótimo bem-estar”, segundo cada co-variável. Para a realização desta, as variáveis “profissional”, “presença de acompanhante”, “incômodo nos toques vaginais” e “laceração” não foram utilizadas na análise realizada com o modelo, pois o p-valor das mesmas é superior a 0,20.

Para as mulheres que utilizaram alguma tecnologia não invasiva para alívio da dor, a chance de obter maior bem-estar foi 2,819 vezes maior quando comparadas àquelas que não fizeram uso. A probabilidade das mulheres não submetidas à amniotomia e episiotomia apresentarem maior bem-estar foi 7,315 e 3,004 vezes maior respectivamente. As parturientes que optaram pela posição verticalizada no expulsivo tiveram 3,568 mais chances de apresentar bem-estar.

Tabela 2 – Variáveis, coeficientes, erro padrão dos coeficientes, teste de Wald, nível de significância (p-valor), razão de chances das ações que proporcionam bem-estar à parturiente e Intervalo de Confiança (IC) 95% do modelo logístico ajustado – Cuiabá, MT, Brasil, 2016.

Variáveis	Coeficiente	EP* do coeficiente	Teste de Wald	P-valor†	OR‡	OR‡ (IC§ 95,0%)	
						LS	LI
Constant	-2,086	1,555	-1,341	0,179			
Uso de Tecnologias Não Invasivas	1,036	0,982	1,054	0,291	2,819	0,410	19,353
Não realização de Amniotomia	1,990	1,008	1,974	<u>0,048</u>	7,315	1,014	52,758

continua...

...continuação

Variáveis	Coeficiente	EP* do coeficiente	Teste de Wald	P-valort	OR‡	OR‡ (IC§ 95,0%)	
						LS	LI
Posição Verticalizada	1,272	1,183	1,075	0,282	3,568	0,351	36,287
Não realização de Episiotomia	1,099	1,233	0,891	0,372	3,004	0,267	33,691
Estimulação do contato pele a pele	1,666	1,000	1,665	0,095	5,293	0,745	37,612
Incentivo ao Aleitamento Materno	0,070	0,975	0,072	0,942	1,072	0,158	7,256
Log-verossimilhança = 19,2595			p-valort0,0037				

* EP – Erro Padrão

† P – Nível de Significância

‡OR – Odds Ratio

§ IC – Intervalo de Confiança

|| Log-verossimilhança – Valores Ideais dos Coeficientes Estimados

A Tabela 2 demonstra que após a realização de regressão logística a não realização de aminotomia foi a única variável que mostrou significância no bem-estar materno ($p=0,048$). É importante ressaltar que, do total de mulheres submetidas à aminotomia (41), 73,2% foram realizadas pelo profissional médico. Dentre estas parturientes, 73,2% tinham 20 anos ou mais, 80,5% eram casadas ou tinham uma relação estável, a maioria (41,5%) possuía ensino médio completo, 75,6% tinha renda de no máximo dois salários mínimos e 70,7% realizaram seis ou mais consultas de pré-natal.

Em relação à assistência ao recém-nascido, as mulheres que tiveram a oportunidade do contato pele a pele imediato com seu bebê e aquelas que foram incentivadas ao aleitamento materno tiveram, respectivamente, 5,293 e 1,072 vezes mais chances de apresentar bem-estar.

DISCUSSÃO

A parturição é um evento que gera sentimentos diversos na mulher, desde extrema alegria, até medo, dor e ansiedade. Assim, é necessário que profissionais estejam sensíveis para acolherem as necessidades das parturientes e aptos a proporcioná-las conforto, posto que o tratamento recebido influenciará suas percepções sobre o parto. Dentre as estratégias frequentemente estudadas e utilizadas atualmente, destacam-se as tecnologias não invasivas do cuidado⁽¹¹⁾.

A utilização dessas técnicas substituem práticas invasivas como o uso de métodos farmacológicos e proporciona diminuição da sensação dolorosa, redução da duração do trabalho de parto, da ansiedade e do medo, além de restituir o protagonismo feminino⁽¹¹⁾ e favorecer uma vivência satisfatória, o que interfere positivamente na evolução do trabalho de parto⁽¹²⁾.

Neste estudo, observou-se que as mulheres que tiveram acesso a alguma estratégia para alívio da dor apresentaram nível mais elevado de bem-estar. A utilização de tecnologias não invasivas do cuidado foi proporcionada a 76,7% das parturientes acompanhadas por médicos e a

97,2% ($p=0,005$) daquelas acompanhadas por enfermeiras obstétricas (EO).

Os resultados de um estudo que vêm corroborar com este achado, mostra que, apesar de grande parte da população feminina ainda desconhecer as tecnologias não invasivas do cuidado, dentre as que tiveram acesso a estas informações, 61% foi orientada por enfermeiras, enquanto que 21% por médicos e 10% por outros profissionais⁽¹³⁾.

Este fato pode estar relacionado ao fato de que a EO desenvolve habilidades que as tornam capazes de possuir uma visão integral da situação, e assim, buscam fazer com que o trabalho de parto seja o mais fisiológico possível, ao lançarem mão de tecnologias que promovem segurança, conforto e diminuição dos sofrimentos, o que proporciona maior satisfação para a mulher⁽¹⁴⁾.

O acompanhante esteve presente em 93,3% dos casos. Apesar de não ter sido identificada associação estatisticamente significativa entre sua presença e o bem-estar/mal-estar materno, estudos demonstram que a presença de alguém familiar durante a parturição traz diversos benefícios, como a diminuição de intervenções e cesarianas. Ademais, quando devidamente orientados, os acompanhantes auxiliam as parturientes na utilização das tecnologias não invasivas, favorecendo, inclusive, o trabalho dos profissionais⁽¹⁵⁾.

A realização da amniotomia obteve significância estatística, uma vez que mulheres submetidas a este procedimento tiveram mais chances de apresentar mal-estar. Os dados referentes ao perfil socioeconômico das parturientes submetidas à amniotomia demonstram que a maioria delas apresentou um maior nível de escolaridade, encontrava-se em uma relação conjugal estável, além de ter participado ativamente das consultas de pré-natal. Tais variáveis podem ter influenciado a percepção de bem-estar deste grupo no que se refere à realização da amniotomia.

Cabe destacar que esta prática deste procedimento foi adotada em 50% dos partos assistidos por médicos, e em 27,8% daqueles acompanhados por enfermeiras (RP=1,8; IC 95%=1-3,22; $p=0,032$). Estudos revelam que a realização da amniotomia não é definitiva para a redução do

tempo de trabalho de parto além de trazer riscos ao bebê, como alteração da frequência cardíaca, aumentando as chances de cesariana. Assim, a utilização deste procedimento deve limitar-se à presença de indicação clínica, como no caso de algumas distocias⁽¹⁶⁾.

As posições verticalizadas foram mais utilizadas por mulheres que tiveram partos assistidos por EO quando comparados aos acompanhados por médicos ($p=0,006$). Tal prática influenciou no bem-estar materno, posto que as mulheres que se posicionaram verticalmente no expulsivo apresentaram 3,568 vezes mais chances de apresentar bem-estar, através da regressão logística.

Este bem-estar pode estar relacionado ao fato de que as posições verticais diminuem o tempo do trabalho de parto, que é auxiliado pela gravidade, além de não comprimir a veia cava, o que proporciona melhor oxigenação fetal e diminuição da dor e intervenções, como episiotomia, cesariana, dentre outras. Ademais, as posturas verticalizadas permitem à mulher estar no controle do processo e a participação ativa do acompanhante⁽¹⁷⁾. Como desvantagem, a literatura aponta maior perda de volume sanguíneo, sem, contudo, demandar transfusão⁽¹⁸⁾.

Neste estudo, a taxa de episiotomia encontrada foi de 4,8%, uma porcentagem satisfatória considerando a recomendação da World Health Organization (WHO) de até 10%⁽¹⁹⁾. No Brasil, estudo que buscou analisar a assistência ao trabalho de parto e parto de mulheres de risco habitual, encontrou o índice de 56% deste procedimento⁽⁵⁾.

Vale ressaltar que todas as episiotomias realizadas na população do presente estudo decorreram da assistência médica. Percebe-se, portanto, que a assistência por EO é fator de proteção contra este procedimento⁽²⁰⁾. O fato da realização da episiotomia provocar maior mal-estar nas mulheres pode estar relacionado à dor e às sequelas dela decorrentes⁽²¹⁾. Desta forma, a episiotomia só deve ser indicada em caso de sofrimento fetal ou distocia, com o consentimento informado da mulher, do contrário é considerado violência obstétrica⁽¹¹⁾.

A frequência e a forma como foram realizados os exames vaginais não apresentaram associação estatisticamente significativa com o nível de bem-estar materno. No entanto, destaca-se que 16,7% das mulheres que apresentaram queixas relativas a este procedimento tiveram partos assistidos por médicos. Dentre as acompanhadas por enfermeiras, 2,8% delas ($p=0,034$) citaram o incômodo.

Com relação aos dados relativos ao recém-nascido, sabe-se que o contato imediato pele a pele mãe e filho traz diversos benefícios ao binômio, como o maior sucesso e duração da amamentação. No que se refere aos prematuros, propicia melhor estabilidade cardiorrespiratória e glicêmica, além de acalmar os bebês, que tendem a apresentarem-se mais agitados e chorosos quando deixados em berços⁽²²⁾.

É importante destacar a satisfação materna com este contato precoce, pois a associação desta prática com o nível de bem-estar das mulheres foi estatisticamente significativa neste estudo. Poder ter o filho no colo logo após o nascimento favorece o estabelecimento de vínculo e

promove tranquilidade à mãe que pode certificar-se da saúde de seu bebê⁽²³⁾. O contato imediato entre o binômio foi proporcionado em 88,9% dos partos acompanhados pelas EO e em 55% daqueles acompanhados pelos médicos ($p<0,001$).

Apesar dos inúmeros benefícios propiciados pelo aleitamento materno, como a maior proteção contra infecções, doenças comuns na infância e mortalidade neonatal⁽²⁴⁾, esta prática não apresentou associação significativamente estatística com o bem-estar materno ($p=0,146$). Contudo, por sua importância, a amamentação foi estimulada em 81,7% dos partos assistidos por médicos e em 91,7% daqueles acompanhados por enfermeiras.

A não associação entre amamentação e bem-estar materno pode estar relacionada ao fato destas mulheres não estarem bem informadas sobre a importância desta prática⁽²⁵⁾. Desta forma, ressalta-se a relevância das ações educativas prévias e da sensibilidade dos profissionais em estabelecer uma atitude acolhedora e não impositiva, de modo a reconhecerem as condições individuais de cada puérpera, que pode apresentar cansaço, dúvidas e medos, de modo que em alguns casos, torna-se necessário adiar a amamentação para um momento mais oportuno.

Nota-se, a partir dos resultados descritos, que a presença do acompanhante e a ocorrência de laceração não obtiveram uma significância estatística com o nível de bem-estar materno nesse estudo. Contudo, a conduta do profissional na prevenção de lacerações e no estímulo à presença do acompanhante é importante para proporcionar bem-estar/satisfação à mulher.

CONCLUSÃO

Dentre as práticas obstétricas que tiveram significância estatística com os níveis de bem-estar materno destacam-se: a utilização de tecnologias não invasivas do cuidado; a realização de amniotomia e episiotomia; a adoção de posições horizontais no período expulsivo; e o contato pele a pele entre mãe-bebê. Conclui-se que as práticas consideradas importantes para a humanização da assistência e estimuladas pelos programas ministeriais, têm maior potencial de promover bem-estar materno, enquanto que as práticas invasivas geraram maior mal-estar nas parturientes.

Percebe-se que a prática da EO tem proporcionado maior bem-estar para as mulheres e a presença destas profissionais na assistência ao parto está relacionada com uma diminuição de práticas intervencionistas, que ocasionam mal-estar, quando comparada à assistência exclusivamente médica. Os resultados evidenciam qualidade na prática das Enfermeiras e reporta maior visibilidade a esta categoria profissional que tem priorizado uma assistência humanizada e segura, em detrimento de práticas predominantemente tecnicistas, o que tem sido bem aceito pelas mulheres. No entanto, sugerem-se novos estudos, com amostras mais representativas da realidade empírica e das populações estudadas para verificação desses dados.

RESUMO

Objetivo: Analisar a associação das práticas assistenciais realizadas por profissionais obstétricos com os níveis de bem-estar/mal-estar materno. **Método:** Estudo quantitativo, realizado em uma Unidade de Pré-Parto/Parto/Pós-parto de um Hospital de Ensino com puérperas de parto normal. Foi realizada associação entre as práticas obstétricas e os níveis de bem-estar/mal-estar materno. **Resultados:** Participaram 104 puérperas. As práticas obstétricas que trouxeram mal-estar as parturientes e que obtiveram significância estatística foram: realização de amniotomia ($p=0,018$), realização de episiotomia ($p=0,05$), adoção de posições horizontalizadas no período expulsivo ($p=0,04$), a não utilização de tecnologias não invasivas de cuidado ($p=0,029$) e o não contato pele a pele mãe-filho ($p=0,002$). Para a maioria das mulheres, a presença de acompanhante favoreceu o bem-estar, mesmo não tendo uma associação significativamente estatística. Após a realização de regressão logística a não realização de amniotomia foi a única variável que se mostrou significância no bem-estar materno. **Conclusão:** Práticas obstétricas humanizadas têm maior potencial de promover bem-estar materno. Nota-se a importância da enfermeira obstétrica na realização de práticas que proporcionam maior bem-estar às parturientes.

DESCRITORES

Bem-Estar Materno; Enfermagem Obstétrica; Parto Humanizado; Enfermagem Materno-Infantil.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la asociación de las prácticas asistenciales realizadas por profesionales obstétricos con los niveles de bienestar/malestar materno. **Método:** Estudio cuantitativo, realizado en una Unidad de Preparto/Parto/Posparto de un Hospital de Ensino con mujeres puerperales. Fue realizada asociación entre las prácticas obstétricas y los niveles de bienestar/malestar materno. **Resultados:** Participaron 104 mujeres puerperales. Las prácticas obstétricas que han traído malestar para las parturientas y que han tenido significancia estadística fueran: realización de amniotomía ($p=0,018$), realización de episiotomía ($p=0,05$), adopción de posiciones horizontales en el período expulsivo ($p=0,04$), la no utilización de las tecnologías no invasivas de cuidado ($p=0,029$) y el no contacto piel a piel entre madre y hijo ($p=0,002$). Para la mayoría de las mujeres, la presencia de acompañantes ha favorecido bienestar, mismo sin tener una asociación increíblemente estadística. Después de la realización de la regresión logística no hacer la realización de amniotomía fue la única variable que presentó significancia en el bienestar materno. **Conclusión:** Prácticas obstétricas humanizadas tienen mayor potencial de causar bienestar materno. La enfermera obstétrica en la realización de prácticas que proporcionan mayor bienestar para las mujeres puerperales es de extrema importancia.

DESCRIPTORES

Bienestar Materno; Enfermería Obstétrica; Parto Humanizado; Enfermería Maternoinfantil.

REFERÊNCIAS

1. Matos GC, Escobal AP, Soares MC, Harter J, Gonzales RIC. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE [Internet]*. 2013 [citado 2018 fev. 02];7(esp):870-8. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/ea08/12c3cf9fd51f84006f52e49e5d5bde2878e.pdf>
2. Sanfelice CFO, Abbud FSF, Pregnotatto OS, Silva MG, Shimo AKK. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Rev Rene [Internet]*. 2014 [citado 2018 mar. 05];15(2):362-70. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3170/2433>
3. Souza CM, Ferreira CB, Barbosa NR, Marques JF. Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização. *Rev Online Pesq Cuid Fundam [Internet]*. 2013 [citado 2018 fev. 12];5(4):743-54. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2380/pdf_923
4. Liester N, Riesco MLG. Childbirth care: the oral history of women who gave birth from the 1940s to 1980s. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2013 [cited 2018 Mar 04];22(1):166-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/20.pdf>
5. Leal M, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Pereira MN, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Supl:S17-47.
6. Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc Anna Nery [Internet]*. 2016 [cited 2018 Feb 10];20(2):324-31. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200324
7. Almeida OSC, Gama ER, Bahiana ER. Humanização do parto: a atuação dos enfermeiros. *Rev Enferm Contemp [Internet]*. 2015 [citado 2018 mar. 10];4(1):79-90. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/456/437>
8. D'Orsi E, Bruggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, et al. Social inequalities and women's satisfaction with childbirth care in Brazil: a national hospital-based survey. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2014 [cited 2018 Mar 05];30 Suppl:S1-S15. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0154.pdf
9. Jamas MT. Adaptação transcultural e validação da "Escala de Bienestar Materno en Situación de Parto (BMSP 2)" [tese doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2013.
10. Uribe C, Contreras A, Villarroel L. Adaptación y validación de la escala de bienestar materno en situación de parto: segunda versión para escenarios de asistencia integral. *Rev Chile Obstet Ginecol [Internet]*. 2014 [citado 2018 fev. 05];79(3):154-60. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v79n3/art02.pdf>
11. Motta SAMF, Feitosa DS, Bezerra STF, Dodt RCM, Moura DJM. Implementação da humanização da assistência ao parto natural. *Rev Enferm UFPE [Internet]*. 2016 [citado 2018 mar. 02];10(2):593-9. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10994/12349>
12. Reis TR, Zamberlan C, Quadros JS, Grasel JT, Moro ASS. Obstetric nurses: contributions to the objectives of the Millennium Development Goals. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2015 [cited 2018 Jan 20];36(n.spe):94-101. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/en_0102-6933-rgenf-36-spe-0094.pdf
13. Almeida JM, Acosta LG, Pinhal MG. Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor no parto. *Rev Min Enferm [Internet]*. 2015 [citado 2018 abr. 01];19(3):718-24. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1034>

14. Caus ECM, Santos EKA, Nassif AA, Monticelli M. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2012 [citado 2018 jan. 10];16(1):34-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100005
15. Bruggemann OM, Oliveira ME, Martins HEL, Alves MC, Gayeski ME. The integration of the birth companion in the public health services in Santa Catarina, Brasil. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 [cited 2018 Feb 10];17(3):432-38. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300432&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
16. Smyth RMD, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(6):CD006167.
17. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(8):CD003934.
18. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(5):CD002006.
19. World Health Organization; Technical Working Group. Care in normal birth: a practical guide. *Birth*. 1997;24(2):121-3.
20. Braga GC, Clementino STP, Luz PFN, Scavuzzi A, Noronha Neto C, Amorim MMR. Risk factors for episiotomy: a case control study. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2014 [cited 2018 Apr 02];60(5):465-72. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0104-42302014000500465
21. Cassiano AN, Santos MC, Santos FAPS, Holanda CSM, Leite JBC, Maranhão TMO, et al. Expressions of institutionalized violence at birth: an integrative review. *Enferm Global* [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 02];15(44):465-77. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n44/en_revisiões5.pdf
22. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(5):CD003519.
23. Wei CY, Gualda DMR, Silva LCFP, Melleiro MM. A percepção de puérperas oriundas da atenção primária sobre a humanização da assistência ao parto em um hospital ensino. *Mundo Saúde*. 2012;36(3):468-74.
24. D'Artibale EF, Bercini LO. The practice of the fourth step of the baby friendly hospital initiative. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 03];18(2):356-64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000200356&script=sci_arttext&tlng=en
25. Silva CM, Pereira SCL, Passos IR, Santos LC. Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe/filho e amamentação na sala de parto. *Rev Nutr* [Internet]. 2016 [citado 2018 fev. 15]; 29(4):457-71. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732016000400457&script=sci_abstract&tlng=pt

