

Práticas humanizadas da enfermeira obstétrica: contribuições no bem-estar materno

Humanized practices of obstetric nurses: contributions in maternal welfare
Prácticas humanizadas de la enfermera obstétrica: contribuciones al bienestar materno

Aline Spanevello Alvares¹, Áurea Christina de Paula Corrêa¹, Janete Tamami Tomiyoshi Nakagawa¹,
Renata Cristina Teixeira¹, Ana Beatriz Nicolini¹, Renata Marien Knupp Medeiros¹

¹ Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá-MT, Brasil.

Como citar este artigo:

Alvares AS, Corrêa ÁCP, Nakagawa JTT, Teixeira RC, Nicolini AB, Medeiros RMK. Humanized practices of obstetric nurses: contributions in maternal welfare. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 6):2620-27. [Thematic Issue: Good practices in the care process as the centrality of the Nursing] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0290>

Submissão: 04-05-2017 Aprovação: 27-01-2018

RESUMO

Objetivo: Analisar a prática de enfermeiras obstétricas atuantes em uma unidade de pré-parto/parto/pós-parto de um hospital universitário do estado de Mato Grosso e o bem-estar materno resultante da assistência nesse cenário. **Método:** Estudo de abordagem quantitativa, realizado em uma unidade de pré-parto/parto/pós-parto de um hospital universitário de Cuiabá, Mato Grosso. Os dados foram coletados por meio da Escala de Bem-Estar Materno em Situação de Parto 2, e o estudo abrangeu 104 puérperas no período de junho a setembro de 2016. Os dados foram analisados no programa Epi Info versão 7. **Resultados:** Os resultados indicam que a prática das enfermeiras obstétricas está pautada na humanização do parto e nascimento, contudo, a presença de práticas invasivas e desnecessárias no serviço não influenciou o nível de bem-estar materno que foi ótimo para 76% das mulheres. **Conclusão:** A falta de informação pode tornar as mulheres menos críticas e, conseqüentemente, influenciar a avaliação da assistência recebida

Descritores: Parto Humanizado; Humanização da Assistência; Bem-Estar Materno; Enfermagem Obstétrica; Parto.

ABSTRACT

Objective: To analyze the practice of obstetric nurses operating in a prenatal/delivery/postpartum unit of a university hospital in Mato Grosso and the maternal welfare resulted from the care provided in this scenario. **Method:** Study with a quantitative approach, carried out in a prenatal/delivery/postpartum unit of a university hospital in Cuiabá, Mato Grosso. The data were collected through the Scale of Maternal Welfare in Delivery Situation 2, and the study included 104 recent mothers in the period from June to September 2016. The data were analyzed in Epi Info version 7. **Results:** The results indicate that the practice of obstetric nurses is based on the humanization of labor and childbirth, however, the presence of invasive and unnecessary practices in the service did not influence the level of maternal welfare, which was optimum for 76% of the women. **Conclusion:** The lack of information might make the women less critical and, therefore, influence the evaluation of the care received

Descriptors: Humanized Childbirth; Humanization of Care; Maternal Welfare; Obstetric Nursing; Childbirth.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la práctica de enfermeras obstétricas actuantes en una unidad de pre-parto/parto/posparto de un hospital universitario del estado de Mato Grosso y el bienestar materno resultante de la asistencia en esa situación. **Método:** Estudio de abordaje cuantitativo, realizado en una unidad de pre-parto/parto/posparto de un hospital universitario de Cuiabá, Mato Grosso. Los datos fueron recolectados por medio de la Escala de Bienestar Materno en Situación de Parto 2, y el estudio abarcó 104 puérperas en el período de junio a septiembre de 2016. Se analizaron los datos en el software Epi Info versión 7. **Resultados:** Los resultados indican que la práctica de las enfermeras obstétricas se basa en la humanización del parto y del nacimiento; sin embargo, la presencia de prácticas invasivas e innecesarias en el servicio no influyó el nivel de bienestar materno, que se

mostró bueno para el 76% de las mujeres. **Conclusión:** La falta de información puede hacer que las mujeres sean menos críticas y, por tanto, influir en la evaluación de la asistencia recibida.

Descriptores: Parto Humanizado; Humanización de la Atención; Bienestar Materno; Enfermería Obstétrica; Parto.

AUTOR CORRESPONDENTE Aline Spanevello Alvares E-mail: aline_spanevello@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, o parto vem sofrendo diversas modificações, e atualmente, mesmo com as várias iniciativas voltadas a mudar o cenário da parturição, o modelo tecnocrático ainda está muito arraigado nas práticas profissionais. Esse modelo valoriza a tecnologia como sinal de sucesso, e utiliza indiscriminadamente práticas intervencionistas, desconsiderando as desvantagens a elas relacionadas⁽¹⁾.

Assim, esforços vêm sendo lançados para que essas práticas sejam reduzidas, dando espaço a um cuidado humanizado que tenha como principais objetivos o respeito à fisiologia do parto e o regaste da autonomia e do protagonismo da mulher no processo parturitivo⁽²⁾.

Para que a mulher consiga ser protagonista e ter sua autonomia respeitada no momento da parturição, ela precisa ter consciência sobre como se dá um cuidado humanizado ao parto, bem como conhecer seus direitos e saber quais práticas assistenciais são ou não benéficas para si e para seu recém-nascido (RN)⁽³⁾.

Dessa forma, destaca-se a importância do cuidado pré-natal e da postura do profissional que o realizará, a fim de sanar as dúvidas das mulheres, bem como tranquilizá-las caso tenham algum medo ou angústia durante a gestação. É notório que o parto é dotado de medos, incertezas, ansiedades, dentre outros sentimentos; assim, o profissional deve estar apto a desenvolver práticas educativas com a finalidade de promover a saúde das mulheres por meio de seu empoderamento⁽⁴⁾.

Esse cuidado deve ter continuidade no processo parturitivo, que requer empatia entre os sujeitos envolvidos para que se possa efetivar o apoio emocional e criar laços afetivos, imprescindíveis ao desenvolvimento de práticas educativas em saúde que minimizem fatores de estresse⁽⁵⁾ e promovam o empoderamento da mulher, assegurando um parto mais harmonioso e satisfatório.

O empoderamento possibilita ao indivíduo o aumento da autonomia e da liberdade, à medida que promove um pensamento reflexivo e crítico, dando ao sujeito condições de avaliar as mudanças ocorridas na saúde, bem como de exercer a democratização⁽⁶⁾.

Dotadas de conhecimento e autonomia, as mulheres tornam-se capazes de avaliar os serviços de saúde, bem como os cuidados que foram benéficos para a qualidade destes. Assim, destaca-se a importância de estudos que avaliem a assistência prestada ao processo parturitivo, para que seja reconhecida sua qualidade e, principalmente, sua ineficiência, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna e neonatal e aumentar a satisfação feminina nesse processo⁽⁷⁾.

A enfermeira obstétrica (EO) surge nesse cenário como profissional apta a realizar uma assistência mais humanizada, de

forma a proporcionar às mulheres maior conforto e segurança, por meio de uma escuta ativa e informações prestadas⁽⁸⁾. Esta profissional tem se mostrado importante para a desmedicalização do parto e do nascimento, pois lança mão de práticas que não interferem na fisiologia do parto, a fim de tornar a parturiente e seus acompanhantes mais ativos e participativos nesse momento⁽⁹⁾.

A inserção da EO no cuidado ao parto e ao nascimento e a oferta de capacitações contínuas para essas profissionais, com vistas à humanização e ao respeito à fisiologia do processo parturitivo, são medidas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e proposições ministeriais nacionais⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

OBJETIVO

Analisar a prática de EO atuantes em uma unidade de pré-parto/parto/pós-parto (PPP) de um hospital universitário do estado do Mato Grosso e o bem-estar materno resultante da assistência nesse cenário.

MÉTODO

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi precedida da submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de estudo de abordagem quantitativa, descritiva e transversal. Foi realizado em uma unidade PPP de um hospital universitário do estado de Mato Grosso, no período de junho a setembro de 2016.

População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

A população participante da pesquisa foram 104 puérperas de parto normal, assistidas na instituição e no período mencionados. Os critérios de inclusão foram: ter acima de quatro anos de estudo (uma vez que a escala de bem-estar materno em situação de parto é autoaplicável); ser puérpera de parto vaginal, realizado tanto por médico quanto por EO; não ter apresentado complicações durante a gravidez e o parto; ter permanecido no mínimo quatro horas no setor de pré-parto da própria instituição; ter recém-nascido sem complicações clínicas e em alojamento conjunto. E os critérios de exclusão: mulheres portadoras de alguma deficiência cognitiva ou com distúrbios psiquiátricos.

Protocolo do estudo

Os dados foram coletados mediante a aplicação de dois instrumentos: o primeiro foi um questionário com perguntas relativas à identificação de dados socioeconômicos de cada parturiente, dados referentes a seus antecedentes obstétricos, dados obstétricos relacionados ao transcurso do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato e dados concernentes ao recém-nascido. Os dados foram coletados por meio de entrevista com a puérpera e o levantamento de informações secundárias.

Foi realizada entrevista com as puérperas que se encontram no período de 24 a 48 horas após o parto, no alojamento conjunto da instituição em questão. O instrumento utilizado foi a Escala de Bem-estar Materno em Situação de Parto 2 (BMSP 2). A escala foi desenvolvida por pesquisadoras chilenas⁽¹²⁾ e adaptada culturalmente e validada para a língua portuguesa no ano de 2013⁽¹³⁾. É autoaplicável, apresenta uma escala do tipo *likert*, com respostas que variam de cinco (concordo totalmente) a um (discordo totalmente) e uma opção neutra (não concordo nem discordo). Possui sete domínios, distribuídos em 47 itens, e os resultados são obtidos por meio da soma dos escores de todos os itens. Para a somatória dos itens relacionados ao domínio Cuidado despersonalizado, é necessário que se inverta a pontuação das respostas (item reverso). A partir da soma dos escores, é possível obter três níveis de bem-estar: ótimo bem-estar (pontuação > 200); adequado ou bem-estar (pontuação entre 183 e 200) e mal-estar (pontuação < 183)⁽¹³⁾.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram organizados e analisados com uso do programa Epi Info versão 7. Foram calculadas frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central, ou seja, média, mediana e moda, conforme a necessidade.

Para a análise bivariada buscou-se a associação entre o profissional que acompanhou o parto e a assistência recebida. Foi utilizado o teste qui-quadrado com intervalo de 95% de confiança ou, quando necessário, o teste exato de Fisher. Adotou-se o nível de significância de 0,05 ($\alpha = 5\%$) como de associação estatisticamente relevante.

Vale ressaltar que para as análises descritivas foi utilizada a população total do estudo, ou seja, 104 puérperas. Porém, para a análise bivariada, que buscou associar a assistência com o profissional que acompanhou o parto, foram utilizados apenas dados relativos aos partos assistidos pelo enfermeiro ou médico, sendo excluídos aqueles que tiveram assistência compartilhada, ou seja, os que tiveram ambos os profissionais atuando no momento do parto, restando, então, para essa análise, 96 entrevistas. Para a discussão, foram utilizadas evidências científicas que retratam o tema central do estudo.

RESULTADOS

Com relação aos dados socioeconômicos das mulheres entrevistadas, a maioria tinha 20 anos ou mais (as idades variaram de 15 a 44 anos) e possuía de 10 a 12 anos de estudo. A moda da escolaridade situou-se em 12 anos, o que permite dizer que grande parte possuía ensino médio completo. O estado civil estável/casada predominou entre as entrevistadas (77,9%), e

a maioria (65,4%) encontrava-se fora do mercado de trabalho. A renda familiar de 77,9% das mulheres era de dois ou menos salários mínimos, considerado o salário mínimo vigente àquele momento – R\$ 880,00.

No que se refere aos antecedentes obstétricos, grande parte das mulheres (66,4%) era multípara, e a maioria teve como parto anterior o parto normal (84,1%). O planejamento da gestação atual foi realizado por 34,6% das mulheres entrevistadas.

Do total de mulheres, 96,2% fizeram pré-natal, no entanto, apenas 71% atingiram o número mínimo de consultas recomendadas pelo Ministério da Saúde (seis ou mais). Das 100 mulheres que realizaram pré-natal, 86% se sentiram satisfeitas com a assistência recebida nas consultas e 68% receberam informações sobre o trabalho de parto, parto, pós-parto e/ou tiveram suas dúvidas sanadas.

Do total de parturientes participantes do estudo, 60 foram assistidas por médicos/acadêmicos de medicina, e 36, por enfermeiras obstétricas; 8 foram acompanhadas por ambos os profissionais. A maioria das mulheres (93,3%) teve um acompanhante de sua escolha, sendo o marido/companheiro eleito com maior frequência (43,9%).

Dentre as parturientes, 84,6% fizeram uso de alguma prática que não interfere na fisiologia do parto. As tecnologias não invasivas de cuidado mais utilizadas foram deambulação, banho e bola associados (23,9%), e estiveram presentes em 76,7% dos partos acompanhados pelos médicos, enquanto naqueles acompanhados pelas enfermeiras obstétricas a porcentagem foi de 97,2% ($p = 0,005$).

Os métodos farmacológicos foram utilizados por 30,8% das parturientes, sendo a ocitocina o mais recorrente (65,6%). A amniotomia foi realizada em 39,4% dos partos, estando presente em 50% dos partos assistidos por médicos e em 27,8% dos acompanhados por enfermeiras (RP = 1,8; IC 95% = 1-3,22; $p = 0,032$).

Em relação à posição corporal assumida no período expulsivo, as mais utilizadas foram as verticalizadas (90,4%). É importante destacar que dos 9,6% de partos realizados em posições horizontais, 5,8% foram na posição litotômica. Todos os partos acompanhados por enfermeiras foram em posições verticais, enquanto as posições horizontalizadas foram adotadas em 16,7% dos partos assistidos por médicos ($p = 0,006$).

No que diz respeito ao incômodo decorrente dos toques vaginais, 16,7% das mulheres que referiram essa queixa tiveram seus partos assistidos por médicos, e 2,8%, por enfermeiras obstétricas (RP = 6; IC 95% = 0,8-44,94; $p = 0,034$).

A episiotomia esteve presente em 4,8% dos partos. 80% das mulheres que sofreram o procedimento eram primíparas, e 60% delas o consideraram favorável. Essa prática não foi realizada por enfermeiras, sendo adotada em 8,3% do total de partos conduzidos por médicos, contudo esse dado não apresentou significativa diferença estatística ($p = 0,089$).

A laceração aconteceu em 63,5% dos partos, sendo a maioria (54,5%) de segundo grau e havendo apenas uma ocorrência de grau 4. As mulheres foram questionadas se em uma nova gravidez optariam novamente pelo parto normal, e 30,8% responderam negativamente.

Os dados relativos à assistência ao recém-nascido indicam que o clampeamento do cordão umbilical foi oportuno em

76% dos nascimentos. O clampamento imediato foi realizado em 35% dos partos assistidos por médicos/alunos de medicina e em 5,6% dos partos assistidos por enfermeiras obstétricas (RP = 6,3; IC 95% = 1,56-25,3; $p \leq 0,001$).

O contato pele a pele mãe e filho foi propiciado para 70,2% dos binômios. Este cuidado esteve presente em 88,9% dos partos assistidos por enfermeiras obstétricas e em 55% dos acompanhados por médicos ($p < 0,001$), o que favoreceu o aleitamento materno, incentivado em 86,5% dos casos. O estímulo à amamentação ocorreu em 81,7% dos partos assistidos por médicos e em 91,7% daqueles acompanhados por enfermeiras, porém esse dado não apresentou significância estatística ($p = 0,146$).

A Tabela 1 apresenta a associação da assistência prestada no serviço investigado com o profissional por ela responsável.

No que se refere aos dados de bem-estar materno, foi possível verificar a questão que apresentou o pior escore e a questão mais bem pontuada na BMSP 2. O menor escore encontra-se no domínio Cuidado despersonalizado: "Sinto que foram realizados procedimentos que não correspondem ao processo de um parto natural". Esse item foi enfatizado por 5,8% das entrevistadas, que lhe atribuíram pontuação máxima (5 – concordo totalmente). A questão mais bem pontuada foi: "Durante todo o processo de parto os profissionais me orientaram, me disseram o que fazer e me apoiaram", avaliada por 77,9% das mulheres com pontuação 5.

Na Tabela 2 são apresentados os valores obtidos para cada domínio da BMSP 2. Nota-se que para todos eles a moda foi o valor máximo que poderia ser obtido.

Tabela 1 – Associação entre o profissional que assistiu o parto e a assistência prestada na unidade pré-parto/parto/pós-parto de um hospital universitário em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2016

Profissional	Não	Sim	Total	Razão de prevalência (intervalo de confiança 95%)	Valor de p^{\ddagger}
Utilização de tecnologias não invasivas do cuidado*					
Médico	14	46	60	8,4 (1,15-61,22) 1,0	0,005
Enfermeiro	1	35	36		
Total	15	81	96		
Incômodo nos toques vaginais*					
Médico	10	50	60	6 (0,80-44,94) 1,0	0,034
Enfermeiro	1	35	36		
Total	11	85	96		
Amniotomia					
Médico	30	30	60	1,8 (1,00-3,22) 1,0	0,032
Enfermeiro	10	26	36		
Total	40	56	96		
Posição horizontalizada para o período expulsivo*					
Médico	10	50	60	-	0,006
Enfermeiro	0	36	36		
Total	10	86	96		
Episiotomia*					
Médico	5	55	60	-	0,089
Enfermeiro	0	36	36		
Total	5	91	96		
Clampamento imediato do cordão umbilical*					
Médico	21	39	60	6,3 (1,56-25,30) 1	< 0,001
Enfermeiro	2	34	36		
Total	23	73	96		
Contato pele a pele*					
Médico	27	33	60	4,05 (1,54-0,63) 1	< 0,001
Enfermeiro	4	32	36		
Total	31	65	96		
Incentivo ao aleitamento materno*					
Médico	11	49	60	2,2 (0,65-7,36) 1	0,147
Enfermeiro	3	33	36		
Total	14	82	96		

Notas: *Teste exato de Fisher; ‡ Valor de p – Nível de significância

Tabela 2 – Domínios da Escala de Bem-estar Materno em Situação de Parto da unidade pré-parto/parto/pós-parto de um hospital universitário em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2016

Domínios	Número de itens	Intervalo possível	Intervalo obtido	Moda	Média
Domínio I – Qualidade do relacionamento durante o cuidado	13	13-65	35-65	65	60,38
Domínio II – Autocuidado e conforto	9	9-45	27-45	45	41,05
Domínio III – Condições que propiciam o contato entre mãe e filho	4	4-20	7-20	20	18,56
Domínio IV – Cuidado despersonalizado	6	6-30	14-30	30	24,97
Domínio V – Participação familiar contínua	4	4-20	10-20	20	18,51
Domínio VI – Cuidado oportuno e respeitoso	6	6-30	15-30	30	26,81
Domínio VII – Ambiente físico confortável	5	5-25	15-25	25	22,26

O conhecimento da média de cada domínio possibilita observar que o melhor pontuado é o que diz respeito às Condições que propiciam o contato entre mãe e filho (Domínio III), e o pior avaliado traz questões relativas ao Cuidado despersonalizado (Domínio IV).

Em relação ao bem-estar das mulheres durante o trabalho de parto/parto/pós-parto, a maioria (76%) apresentou ótimo bem-estar, conforme mostra a Tabela 3. Porém é importante destacar que 8,6% tiveram mal-estar durante esse período.

O valor mais baixo da escala foi 140, a média, 212,58, e a moda, 235 (afirmando o que mostra a tabela, isto é, que a maioria teve ótimo bem-estar).

Tabela 3 – Classificação da Escala de Bem-Estar Materno em Situação de Parto (N = 104) da unidade pré-parto/parto/pós-parto de um hospital universitário em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2016

Classificação	Pontuação	n (N = 104)	%
Mal-estar	< 183	9	8,6
Bem-estar	183 ≥ x ≤ 200	16	15,4
Ótimo Bem-estar	> 200	79	76
Total		104	100

DISCUSSÃO

Há relação entre o resultado da Tabela 2 e a questão mais bem pontuada do instrumento utilizado para mensurar o bem-estar materno (BMSP 2). O resultado final da escala revelou que 76% das entrevistadas encontradas em nosso estudo tiveram ótimo bem-estar com a assistência recebida durante a parturição, e a questão mais bem pontuada do instrumento diz respeito à orientação e ao apoio que os profissionais prestaram à parturiente.

Este dado vai ao encontro de um estudo⁽¹⁴⁾ que diz que um dos fatores que mais influenciam positivamente a satisfação materna é a forma como os profissionais a recebem, acolhem e atendem. Portanto, a satisfação no trabalho de parto é influenciada pela percepção do acolhimento e apoio dos profissionais de saúde, que amenizam a ansiedade vivida pela mulher durante todo o processo de parturição.

As mulheres que se sentem sozinhas e abandonadas ou que são atendidas por uma equipe que não lhes oferece a devida atenção e cuidado têm maior possibilidade de possuir percepções negativas do parto⁽¹⁵⁾. Apesar da dor do parto poder influenciar a satisfação das mulheres, essa associação não é tão significativa e forte quanto a influência da postura do profissional diante da mulher, considerada determinante para sua satisfação⁽¹⁶⁾.

Outro ponto que merece destaque é a influência do contato pele a pele proporcionado às parturientes em seu bem-estar, uma vez que o domínio mais bem pontuado neste estudo foi aquele que diz respeito às Condições que propiciam o contato entre mãe e filho (Domínio III). O domínio inclui questões relacionadas ao fato de o profissional possibilitar o contato entre o binômio mãe-filho e respeitar o tempo que eles necessitam estar juntos.

O contato pele a pele traz diversos benefícios, e deve ser estimulado sempre que não houver intercorrências que exijam imediata intervenção. Uma das maiores vantagens da prática está relacionada com o incentivo ao aleitamento materno, que traz benefícios tanto para o recém-nascido como para a mãe⁽¹⁷⁾.

Neste estudo, o contato imediato pele a pele foi mais proporcionado em partos assistidos por enfermeiras obstétricas, corroborando com o achado de uma pesquisa⁽¹⁸⁾ na qual mulheres atendidas por EO juntamente com pediatras possuíam mais chances de realizar o contato pele a pele e a amamentação precoce.

Além disso, o contato pele a pele possibilita a criação de vínculo entre mãe e bebê e, conseqüentemente, uma adaptação mais precoce, tranquilizando a mãe de que ocorreu tudo bem com o parto e com o recém-nascido. No entanto, as mulheres precisam saber que esse contato é um direito, e isso deve ser informado durante o pré-natal, possibilitando, àquelas que o desejam, solicitá-lo no momento da parturição⁽¹⁹⁾.

O pré-natal, portanto, é período oportuno para esclarecer dúvidas, mostrar os benefícios do parto normal e preparar a mulher para esse momento. Nesse contexto, destaca-se a relevância do enfermeiro por sua sensibilidade na atenção à gestante, o que proporciona maior adesão ao pré-natal e garante qualidade no cuidado, com conseqüente melhora nos resultados obstétricos e perinatais⁽²⁰⁾.

A mulher que possui informações sobre a parturição no pré-natal tende a vivenciar esse momento com maior segurança e autonomia⁽²⁰⁾. Contudo é importante destacar o fato de que, das 100 mulheres que realizaram pré-natal, apenas 68 afirmaram

ter recebido informações sobre o trabalho de parto, parto, pós-parto e/ou tiveram suas dúvidas sanadas.

O fato de 32% das mulheres entrevistadas não possuir nenhum tipo de informação sobre trabalho de parto e parto durante o pré-natal faz que desconheçam seus direitos e não tenham esclarecimento sobre práticas que são ou não consideradas humanizadas. Isso gera baixa capacidade crítica, fazendo que o simples fato de terem recebido atendimento ao parto seja suficiente para a avaliação positiva do serviço⁽¹⁴⁾.

Não se deve negar que a assistência no local de estudo foi, em sua maioria, de caráter humanizado, como mostram os resultados apresentados. No entanto, foram utilizadas algumas tecnologias invasivas e muitas vezes desnecessárias, como é o caso da episiotomia, da amniotomia, dos toques vaginais frequentes e incômodos, dentre outras.

Dessa forma, questiona-se o fato de a maior parte das mulheres ter tido ótimo bem-estar durante a parturição, mesmo sendo submetidas a tecnologias invasivas, desnecessárias e incômodas.

Vale destacar, no entanto, a importância da EO na realização de práticas que não interferem na fisiologia do parto e que vão ao encontro de um cuidado obstétrico humanizado, tais como métodos não invasivos de alívio da dor; utilização de posições verticalizadas para o período expulsivo; contato imediato pele a pele entre mãe e filho; e estímulo ao aleitamento materno – que foram os procedimentos mais realizados pelas profissionais no contexto deste estudo.

Apesar de tecnologias invasivas e/ou prejudiciais – como episiotomia e posições horizontalizadas no período expulsivo – não terem sido adotadas nos partos assistidos por EO, outras práticas, como o clampeamento imediato do cordão umbilical, foram realizadas em menor proporção por essas profissionais.

A enfermeira obstétrica, portanto, surge no cenário da parturição como profissional imprescindível para a redução das taxas de morbimortalidade materna e neonatal, uma vez que possibilita à mulher maior segurança e liberdade, proporcionando acesso a práticas mais humanizadas e percebendo a parturiente como protagonista desse momento⁽²¹⁾.

A expectativa que as usuárias possuem acerca da assistência recebida no parto influencia diretamente sua satisfação, o que no entanto não retrata especificamente a qualidade do serviço⁽¹⁴⁾.

Por serem atendidas em hospitais públicos, as exigências se tornam menores, uma vez que as mulheres ali assistidas não esperam ser tratadas de forma humanizada e individualizada, ou seja, não possuem tantas expectativas com relação ao parto⁽²²⁾.

Dessa forma, por não possuírem grandes expectativas e exigências, ao avaliarem um serviço de saúde, a parca atenção e carinho que recebem já lhes parecem suficientes. Ademais, por serem mulheres de estratos baixos da sociedade, muitas vezes o importante para sua satisfação é um parto rápido, nem que para isso a utilização de intervenções seja necessária⁽²²⁾.

Assim, os motivos citados podem estar relacionados com o alto percentual de mulheres que tiveram bem-estar durante a parturição, mesmo havendo algumas práticas consideradas prejudiciais ao parto.

O cuidado da EO durante o parto e o nascimento permite o exercício da autonomia e do protagonismo feminino, fazendo que a parturiente seja ativa e conduza seu parto, uma vez que a assistência dessa profissional traz conforto, segurança e respeita os sentimentos tanto da parturiente quanto de seus familiares⁽²³⁾.

Soma-se a isso o fato de as enfermeiras contribuírem com a transformação da assistência obstétrica, de forma a torná-la menos intervencionista e mais humanizada, mediante o uso de sua competência técnica e de sensibilidade para se relacionar com as mulheres e seus familiares⁽²³⁾.

Pode-se, portanto, verificar que o cuidado da EO possibilita o empoderamento da mulher na vivência da parturição e que essa profissional é imprescindível para a humanização, qualificação da assistência obstétrica e consequente satisfação da mulher diante desse processo.

Limitações do estudo

Considerando as limitações desta investigação, sugere-se a realização de novos estudos com amostras mais representativas da realidade empírica e das populações analisadas para ratificação dos dados.

Contribuições para a área de enfermagem, saúde ou políticas públicas

A divulgação dos resultados desta investigação visa contribuir para o fortalecimento da enfermagem obstétrica e para o reconhecimento social do trabalho realizado por essa categoria profissional, que vem fazendo a diferença no cenário brasileiro ao contribuir significativamente para a melhoria da qualidade da assistência a parturientes e suas famílias.

CONCLUSÃO

As práticas realizadas pelas enfermeiras obstétricas, neste estudo, estão pautadas em evidências científicas e recomendações ministeriais, principalmente no que diz respeito à humanização, o que propicia à mulher maior segurança e conforto, promove seu empoderamento e protagonismo, contribuindo assim para o bem-estar materno.

Apesar da significativa presença de práticas humanizadas no cenário investigado, métodos considerados invasivos e desnecessários também foram utilizados; no entanto, a maioria das entrevistadas apresentou ótimo bem-estar.

A baixa criticidade das mulheres ao avaliarem o serviço recebido pode ser decorrente da falta de informação que possuem sobre a parturição. Uma vez desconhecendo seus direitos e a distinção entre práticas consideradas humanizadas e invasivas, a mulher não consegue diferenciar uma assistência boa de uma ruim para ela e seu bebê.

Destaca-se a importância do pré-natal como momento oportuno para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde que visem o empoderamento da mulher, para que ela possa fazer escolhas conscientes sobre o que deseja no processo de parturição, bem como refletir e avaliar o cuidado recebido. Uma vez que tenham esse poder, as mulheres poderão exercer melhor seus direitos, contribuindo para a construção de uma sociedade mais democrática.

Nesse contexto, a(o) enfermeira(o) desponta como profissional capaz de oferecer um cuidado humanizado ao parto e nascimento, assim como promover a autonomia e o protagonismo de mulheres durante a parturição, mediante consultas de pré-natal, informando e esclarecendo suas dúvidas e preparando-as para o momento do parto e do nascimento.

REFERÊNCIAS

1. Rattner D. Humanizing childbirth care: pondering on public policies. *Interface*[Internet]. 2009[cited 2017 Mar 05];13(Supl.1):759-68. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a27v13s1.pdf>
2. Medeiros RMK, Teixeira RC, Nicolini AB, Alvares AS, Corrêa ACP, Martins DP. Humanized Care: insertion of obstetric nurses in a teaching hospital. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2016[cited 2017 Mar 03];69(6):1029-36. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/en_0034-7167-reben-69-06-1091.pdf
3. Pinheiro BC, Bittar CML. Perceptions, expectations and knowledge about the normal delivery: experience reports of mothers and health professionals. *Fractal Rev Psicol*[Internet]. 2013[cited 2017 Feb 04];25(3):585-602. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v25n3/a11v25n3.pdf>
4. Souza VB, Silva JS, Barros MC, Freitas PSP. Soft technologies in health to potentize the quality of care to pregnant women. *Rev Enferm UFPE*[Internet]. 2014[cited 2017 Feb 17];8(5). Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9824/10010>
5. Longo CSM, Andraus LMS, Barbosa MA. The partner's participation in the humanization of delivery and their relation with the health staff. *Rev Eletron Enferm*[Internet]. 2010[cited 2017 Mar 04];12(2):386-91. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/v12n2a25.htm
6. Kleba ME, Wendausen A. Empowerment: strengthening process of subjects in spaces of social participation and political democratization. *Saúde Soc* [Internet]. 2009[cited 2017 Jan 20];18(4):733-43. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n4/16.pdf>
7. Sawyer A, Ayers S, Abbott J, Gyte G, Rabe H, Duley L. Measures of satisfaction with care during labor and birth: a comparative review. *BMC Pregnancy Childbirth*[Internet]. 2013[cited 2017 Mar 05];13(1). Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-108>
8. Caus ECM, Santos EKA, Nassif AA, Monticelli M. The process of giving birth assisted by obstetrician nurse in a hospital context: meant for the parturients. *Esc Anna Nery*[Internet]. 2012[cited 2017 Jan 10];16(1):34-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a05.pdf>
9. Reis TR, Zamberlan C, Quadros JS, Grasel JT, Moro ASS. Obstetric Nurses: contributions to the objectives of the Millennium Development Goals. *Rev Gaucha Enferm*[Internet]. 2015[cited 2017 Feb 02];36(Nspe):94-101. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgeenf/v36nspe/en_0102-6933-rgeenf-36-spe-0094.pdf
10. World Health Organization-WHO. Maternal and newborn health/safe motherhood unit care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO; 1996.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento a mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília; 2015.
12. Uribe C, Contreras A, Villarreal L. Adaptación y validación de la escala de bienestar materno en situación de parto: segunda versión para escenarios de asistencia integral. *Rev Chilena Obstet Ginecol*[Internet]. 2014[cited 2017 Feb 05];79(3):154-60. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v79n3/art02.pdf>
13. Jamas MT. Cross-cultural adaptation and validation of Mother's Wellness during Childbirth to Brazilian Portuguese[Tese][Internet]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2013[cited 2017 Mar 05]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-11092013-162127/pt-br.php>
14. D'Orsi E, Bruggemann OM, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, Tuesta AA, et al. Social inequalities and women's satisfaction with childbirth care in Brazil: a national hospital-based survey. *Cad Saúde Pública*[Internet]. 2014[cited 2017 Mar 05];30(Sup1):S1-S15. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0154.pdf
15. Velho MB, Santos EKA, Bruggemann OM, Camargo BVC. Experience with vaginal birth versus cesarean childbirth: integrative review of women's perceptions. *Texto Contexto Enferm*[Internet]. 2012[cited 2017 Mar 03];21(2):458-66. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/en_a26v21n2.pdf
16. Bacha AM, Grassiotto OR, Cacique DB, Machado HC, Fonsechi-Carvasan GA, Souza CAB. Normal delivery or cesarean section: the influence of desired type of birth on maternal satisfaction with hospital care for childbirth. *Rev Adm Saúde*[Internet]. 2017[cited 2017 Feb 10];17(66). Available from: <http://cqhq.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/9>
17. Matos TA, Souza MS, Santos EKA, Velho MB, Seibert ERC, Martins NM. Precocious skin-to-skin contact between mother and child: meanings to mothers and contributions for nursing. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2010[cited 2017 Apr 1];63(6):998-1004. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/20.pdf>
18. Sampaio ARR, Bousquat A, Barros C. Skin-to-skin contact at birth: a challenge for promoting breastfeeding in a "Baby Friendly" public maternity hospital in Northeast Brazil. *Epidemiol Serv Saúde*[Internet]. 2016[cited 2017 Feb 12];25(2). Available from: http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/en_2237-9622-ress-25-02-00281.pdf

19. Silva CM, Pereira SCL, Passos IR, Santos LC. Factors associated with skin to skin contact between mother/son and breastfeeding in the delivery room. *Rev Nutr*[Internet]. 2016[cited 2017 Mar 02];29. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v29n4/1415-5273-rn-29-04-00457.pdf>
 20. Ribeiro JF, Luz VL, Sousa AS, Silva GLL, Feitosa VC, Souza MFA. Prenatal contribution to the normal delivery in the conception of the nurse of the family health strategy. *Rev Interdiscip*[Internet]. 2016[cited 2017 Feb 08];9(1):161-70. Available from: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/521/pdf_296
 21. Takemoto AY, Corso MR. Humanized childbirth and nursing care: an integrative literature review. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR*[Internet]. 2013[cited 2017 Jan 15];17(2):117-127. Available from: <http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/5002>
 22. Dias MAB, Deslandes SF. Patients' expectations concerning childbirth care at a public maternity hospital in Rio de Janeiro, Brazil: challenges for the humanization of obstetric care. *Cad Saúde Pública*[Internet]. 2006[cited 2017 Feb 05];22(12):2647-55. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/13.pdf>
 23. Oliveira JDG, Campos TNC, Souza FML, Davim RMB, Dantas JC. Obstetric nurses perception in assistance to the parturient. *Rev Enferm UFPE*[Internet]. 2016[cited 2017 Apr 02];10(10):3868-75. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/10440>
-