



Análise do perfil e condições de parto de mulheres atendidas em uma maternidade da Zona da Mata Mineira

Analysis of the profile and conditions of childbirth of women assisted in a maternity hospital in the Zona da Mata of Minas Gerais

Análisis del perfil y condiciones del parto de mujeres atendidas en una maternidad de la Zona da Mata de Minas Gerais

Rosana da Silva Pereira Paiva¹, Patrícia Colli Francisco¹, Isis Milani de Sousa Teixeira¹, Lara Lelis Dias¹, Eunice Ferreira da Silva¹, Mara Rúbia Maciel Cardoso do Prado¹, Brunnella Alcântara Chagas de Freitas¹, Pedro Paulo do Prado Júnior¹.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o perfil e condições de parto de mulheres atendidas em uma maternidade da Zona da Mata Mineira. **Métodos:** Estudo transversal, quantitativo, realizado em um hospital filantrópico, localizado na Zona da Mata Mineira. A coleta de dados foi realizada entre março e junho de 2022 por meio de um questionário semiestruturado. Foram realizadas análises descritiva, bivariadas e modelos de regressão logística para estimar a magnitude da associação. Os dados foram analisados no SPSS versão 23. Para a significância estatística foi considerado $p < 0,05$. **Resultados:** Participaram 272 mulheres, sendo predominante a idade de 20 a 34 anos, não brancas, com ensino médio, baixa renda, casadas ou em união estável e parto entre 38 e 42 semanas. O parto cesáreo teve maior chance de ser realizado entre as mulheres mais velhas, com maiores rendas, maior escolaridade e autodeclaradas brancas, sem companheiros. Verificou-se que o alojamento coletivo, o contato com o bebê no pós-parto imediato, segurar o bebê e amamentar na sala de parto foram mais presentes no parto normal. **Conclusão:** A maioria das boas práticas de assistência ao parto estão associadas ao parto normal, porém ainda há a necessidade melhorias na assistência da atenção ao parto e humanização do parto cesáreo.

Palavras-chave: Parto Humanizado, Violência Obstétrica, Serviços de Saúde Materno-Infantil, Tocologia, Centros de Assistência à Gravidez e ao Parto.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the profile and delivery conditions of women attended at a maternity hospital in Zona da Mata Mineira. **Methods:** Cross-sectional, quantitative study, carried out in a philanthropic hospital, located in the Zona da Mata Mineira. Data collection was carried out between March and June 2022 using a semi-structured questionnaire. Descriptive and bivariate analyzes and logistic regression models were performed to estimate the magnitude of the association. Data were analyzed using SPSS version 23. For statistical

¹ Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa - MG.

significance, $p < 0.05$ was considered. **Results:** 272 women participated, predominantly aged between 20 and 34 years, non-white, with high school, low income, married or in a stable union and delivery between 38 and 42 weeks. Cesarean delivery was more likely to be performed among older women, with higher incomes, higher education and self-declared white, without partners. It was found that collective housing, contact with the baby in the immediate postpartum period, holding the baby and breastfeeding in the delivery room were more present in normal delivery. **Conclusion:** Most of the best practices in childbirth care are associated with normal delivery, but there is still a need for improvements in childbirth care and humanization of cesarean delivery.

Keywords: Humanizing Delivery, Obstetric Violence, Maternal-Child Health Services, Midwifery, Birthing Centers.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el perfil y las condiciones de parto de las mujeres atendidas en una maternidad de la Zona da Mata Mineira. **Métodos:** Estudio transversal, cuantitativo, realizado en un hospital filantrópico, ubicado en la Zona da Mata Mineira. La recolección de datos se realizó entre marzo y junio de 2022 mediante un cuestionario semiestructurado. Se realizaron análisis descriptivos, bivariados y modelos de regresión logística para estimar la magnitud de la asociación. Los datos se analizaron con SPSS versión 23. Para la significación estadística, se consideró $p < 0,05$. **Resultados:** Participaron 272 mujeres, predominantemente con edad entre 20 y 34 años, no blancas, con estudios secundarios, bajos ingresos, casadas o en unión estable y parto entre 38 y 42 semanas. El parto por cesárea fue más probable que se realizara entre mujeres mayores, con mayores ingresos, mayor educación y autodeclaradas blancas, sin pareja. Se constató que el alojamiento colectivo, el contacto con el bebé en el puerperio inmediato, el cargar al bebé y la lactancia materna en la sala de parto estaban más presentes en el parto normal. **Conclusión:** La mayoría de las mejores prácticas en la atención del parto están asociadas al parto normal, pero aún existe la necesidad de mejoras en la atención del parto y la humanización de la cesárea.

Palabras clave: Parto Humanizado, Violencia Obstétrica, Servicios de Salud Materno-Infantil, Partería, Centros de Asistencia al Embarazo y al Parto.

INTRODUÇÃO

O parto é considerado um momento único na vida da mulher, e sofre influência de fatores relacionados a assistência pré-natal, condições socioeconômicas e culturais, e que, quando expostas a situações de vulnerabilidade social como baixa escolaridade, baixa renda e diferenças raciais podem conduzir a uma escassez de informações acerca do parto e da violência obstétrica (ZANARDO GLP, et al., 2017). Neste sentido, a equipe multidisciplinar possui a responsabilidade de promover apoio, um ambiente humanizado e acolhedor, que favoreça o protagonismo e o empoderamento da mulher para que a parturição seja prazerosa e estimule o desenvolvimento do vínculo mãe-filho (CAVALCANTE AMR, et al., 2022). Isto, principalmente, porque durante o processo de parturição, a mulher tende a sofrer com medos e incertezas do desconhecido, e da possibilidade de violação de seus direitos e práticas de violência obstétrica (GAIOWSKI MV, et al., 2021).

Independentemente do tipo de parto, cesáreo ou normal, a assistência humanizada é preconizada, com a redução da medicalização desnecessária, respeito as decisões da mulher e promoção do nascimento seguros (TORAL A, et al., 2019). Práticas seguras, não farmacológicas, fisioterápicas e eficientes podem ser desenvolvidas por integrantes da equipe multiprofissional, capacitados para tal, com o foco de promover melhores condições do parto ao nascimento (CRUZ CB, et al., 2020). No entanto, apesar das recomendações de boas práticas ao parto e nascimento do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2014), nem todas as parturientes recebem essa assistência de forma respeitosa e segura, há predomínio do modelo biomédico e intervenções não recomendadas são realizadas durante na assistência (RESENDE MTS, et al., 2020).

Além disso, muitas mulheres sofrem algum tipo de violência obstétrica, tais como negligência, desrespeito à autonomia, violência física, verbal, psicológica, impedir o contato com o recém-nascido e realização de procedimentos não consentidos ou desnecessários (LANSKY S, et al., 2019). No Brasil os indicadores maternos e perinatais apontam para baixa qualidade das condições de parto e da assistência prestada (RESENDE MTS, et al., 2020).

Assim, considera-se extremamente relevante identificar a realidade nas condições de partos, com o intuito de se propor a reformulação e criação de políticas públicas que permitam o atendimento humanizado em um momento delicado e único na vida da mulher e sua família. Portanto, o objetivo da pesquisa é avaliar o perfil e condições de parto de mulheres atendidas em uma maternidade da Zona da Mata Mineira.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de natureza quantitativa, realizado em uma maternidade de um município localizado na Zona da Mata Mineira, que conta com 15 leitos disponíveis ao atendimento de mulheres em período gravídico-puerperal pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta é oferecida assistência as puérperas em alojamento conjunto, gestantes que necessitam de tratamento clínico sem a presença de processo infeccioso e aquelas que estão em trabalho de parto. Para auxiliar as mulheres em trabalho de parto a instituição possui métodos não farmacológicos para auxílio da dor, tais como: massagem lombar, bola suíça, escada de *ling*, banquinho, entre outros. No acolhimento e cuidado, as mulheres e seus bebês são assistidos por uma equipe multidisciplinar composta por: enfermeiros especialistas, técnicos de enfermagem, obstetra, pediatra, assistência social, nutrição, psicologia, fisioterapia, banco de leite, dentre outros. Conta também com exames de ultrassons: obstétrico, obstétrico com Doppler e morfológico, tococardiografia ante-parto e eletrocardiograma (ECG).

A amostra foi obtida considerando o número de nascidos vivos no município investigado. Foram identificados 1009 nascimentos referentes ao ano de 2019 e adotado prevalência de 25%, com base na literatura (FEITOSA SR, et al., 2017), variabilidade aceitável de 5% e nível de confiança de 95%, totalizando amostra mínima de 224 puérperas. Por fim, acrescentaram-se 20% ao cálculo inicial, devido a possibilidade de perda amostral, perfazendo um total de 269 mulheres. Todos os cálculos foram realizados no programa EPIINFO versão 6.04. A população foi constituída por mulheres que tiveram parto realizado neste hospital, pelo SUS e que concordaram em participar por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas puérperas que possuíam dificuldade de se comunicar, aquelas que apresentaram complicações clínicas, emocional e/ou física no momento da visita hospitalar e que tiveram parto natimorto e aborto.

Os dados foram coletados entre março a junho de 2022 pela equipe do projeto de pesquisa, treinados previamente. As puérperas que aceitaram participar da pesquisa foram encaminhadas a uma sala restrita, com o objetivo de garantir o respeito e a privacidade da participante. Todas leram e tiveram acesso ao TCLE, e, para aquelas com ≤ 17 anos foi utilizado o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e a assinatura dos seus responsáveis. As entrevistas foram individuais e face a face, gravadas por um aplicativo já instalado em celular Samsung Galaxy j7 Duo, modelo SM-J720M, Série: RQ8K60667SW.

Os dados foram coletados por meio de um questionário semiestruturado, elaborado pelos autores da pesquisa, contendo informações relacionadas às condições socioeconômicas, história obstétrica e de parto, boas práticas de assistência ao parto, conhecimento e a prática da violência obstétrica. As variáveis foram organizadas em categorias. Para caracterizar o perfil foram consideradas a: Idade, raça/cor, estado civil, escolaridade, renda familiar e número de pessoas que dependem da renda.

Para traçar o perfil obstétrico consideraram-se as variáveis: número de gestação, número de parto normal, número de parto cesáreo, número de aborto, último parto, idade gestacional e tipos de parto (parto normal, cesáreo eletivo e cesáreo após trabalho de parto). Para investigar as intervenções realizadas nos partos foram estudadas as variáveis: ruptura da sua bolsa, jejum, raspagem dos pelos pubianos, direito a acompanhante, orientação de ficar deitada, orientação de realizar força, respirar, gritar e punção venosa, todas categorizadas

em “sim” e “não”, e intervalo entre os toques (sim ≥ 4 horas] e não [< 4 horas]). Para analisar o conhecimento e a ocorrência da violência obstétrica comparadas entre os grupos de parto foram consideradas as variáveis: Você sabe o que é violência obstétrica? e Você considera ter sofrido alguma violência obstétrica?

Os dados foram categorizados e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23. Foi realizada análise descritiva com frequência absoluta e relativa, médias e medianas, desvios-padrão e as análises univariada e bivariada. Para avaliar a associação existente entre as variáveis intervenções realizadas por tipos de parto realizou-se análise descritiva, teste de Qui-quadrado e Exato de Fisher. Foi utilizado o modelo de regressão logística binária para estimar a magnitude da associação estratificada por tipo de parto (parto normal e parto cesáreo) e as variáveis independentes. No modelo final da regressão logística bivariada, utilizou-se para eliminação o método *backward* pelo teste de *wald*, e foram incluídas no modelo todas as variáveis significativas ($P < 0,05$). Para todos os testes foi dotado um intervalo de confiança (IC) de 95% e um nível de significância estatística de 5% ($P < 0,05$).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa sob parecer número 5.226.422 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 3 51862721.2.0000.5153.

RESULTADOS

Participaram do estudo 272 mulheres com média de idade de 28,74 \pm 6,41 anos, 176 (72,1%) se autodeclararam não brancas, 163 (59,9%) viviam com companheiro, 26 (12,1%) possuíam renda inferior a meio salário mínimo e 3 (1,4%) não apresentaram renda fixa mensal e 42 (15,4%) possuíam cinco ou mais dependentes da renda (**Tabela 1**). Das puérperas entrevistadas 16 (5,0%) eram múltíparas. Observou-se predominância de parto cesáreo na amostra estudada (61,8%). O aborto esteve presente no relato de 64 (23,6%) das entrevistadas e 57 (21,1%) dos partos ocorreram de forma prematura. A amostra foi categorizada em relação ao tipo de parto e experiência do trabalho de parto, nesse sentido, 42 (15,4%) das mulheres que realizaram cesariana experimentaram o trabalho de parto.

Tabela 1 - Condições socioeconômicas, história obstétrica e de parto de mulheres assistidas em uma maternidade da Zona da Mata Mineira.

Categoria	n	%
Idade		
≤ 19 anos	23	8,5%
20 - 34 anos	196	72,1%
≥ 35 anos	53	19,5%
Raça		
Branca	76	27,9%
Não branca	196	72,1%
Situação de convivência		
Com companheiro	163	59,9%
Sem companheiro	109	40,1%
Escolaridade		
Até 9 anos	56	20,6%
10 - 12 anos	142	52,2%
≥ 13 anos	74	27,2%
Renda		
Nenhuma	3	1,4%
$\leq 1/2$ salário	26	12,1%
$1/2 - 1$ salário	65	30,2%
$> 1 - \leq 3$ salários	77	35,8%
$> 3 - \leq 5$ salários	33	15,3%
> 5 salários	11	5,1%

Categoria	n	%
Nº de dependentes da renda		
Até 2	39	14,3%
3 – 4	191	70,2%
≥ 5	42	15,4%
Número de Gestação		
Até 2	194	71,3%
3 – 4	62	22,8%
≥ 5	16	5,9%
Número de parto normal		
Até 2	247	91,1%
3 – 4	24	8,9%
Número de parto cesáreo		
Até 2	253	93,4%
3 – 4	18	6,6%
Número de abortos		
Nenhum	207	76,4%
Até 2	57	21,0%
≥ 3	7	2,6%
Tipo do último parto		
Cesáreo	168	61,8%
Normal	104	38,2%
Idade gestacional		
27 – 33	9	3,3%
34 – 37	48	17,8%
38 – 42	213	78,9%
Categorização tipo de parto		
Parto normal	104	38,2%
Parto cesáreo eletivo	126	46,3%
Parto cesáreo após trabalho de parto	42	15,4%

Nota: Soma de categorias diferentes de 100% se referem a mulheres que não responderam tal questão no questionário. **Salário mínimo em 2022:** R\$1.212,00.

n = Número de entrevistadas.

Fonte: Paiva RSP, et al., 2023.

Os dados da **Tabela 2** estão dispostos conforme o tipo de parto e a experiência das mulheres que vivenciaram o trabalho de parto. Quanto às intervenções pode-se observar que todas as mulheres que vivenciaram o parto normal não foram expostas a raspagem de pelo pubiano, a ruptura artificial da bolsa amniótica foi relatada por 24 (24%), e a prática de jejum foi observada em 16 (15,4%).

Na avaliação do número de toques realizados, observou-se que na maior parte das mulheres que tiveram parto normal (54,1%) foi respeitado o intervalo preconizado pelo MS. Entretanto, nas submetidas a cesariana, observou-se excesso de toques vaginais.

Em relação às orientações realizadas durante o trabalho de parto, observou-se que a maioria das mulheres submetidas ao parto cirúrgico (40,5%) foram orientadas a permanecerem a maior parte do tempo deitadas, no parto normal essa orientação foi relatada por 13 (12,5%) mulheres. Quanto às orientações sobre fazer força e como respirar foi mais evidente ($p < 0,05$) nas mulheres de parto normal.

Observou-se que três (2,9%) mulheres foram orientadas a não gritar durante a dor do trabalho de parto. O procedimento de acesso venoso periférico foi observado em 65 (62,5%) mulheres de parto normal. A maior parte das mulheres relatou saber sobre violência obstétrica essa informação não diferiu entre os grupos de parto. Observou-se a ocorrência de violência obstétrica mais presente nas mulheres que vivenciaram o trabalho de parto ($p < 0,05$).

Tabela 2 - Intervenções realizadas por tipo de parto em mulheres assistidas em uma maternidade da Zona da Mata Mineira.

Intervenções	Tipo de Parto						P
	Parto Normal		Cesárea Eletiva		Cesáreo após TP		
	n	%	n	%	N	%	
Fizeram ruptura da bolsa							
Não	76	76,0%	120	96,8%	38	90,5%	<0,001*
Sim	24	24,0%	4	3,2%	4	9,5%	
Houve jejum							
Não	88	84,6%	15	12,0%	16	38,1%	<0,001**
Sim	16	15,4%	110	88,0%	26	61,9%	
Raspagem dos pelos pubianos							
Não	104	100,0%	119	96,0%	41	97,6%	-
Sim	0	0,0%	5	4,0%	1	2,4%	
Direito a acompanhante							
Não	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	-
Sim	103	100,0%	125	99,2%	42	100,0%	
Razão de toques vaginais¹							
Não	45	45,9%	39	73,6%	0	0,0%	-
Sim	53	54,1%	14	26,4%	34	100,0%	
Orientada a ficar deitada somente?							
Não	91	87,5%	75	59,5%	29	69,0%	<0,001**
Sim	13	12,5%	51	40,5%	13	31,0%	
Orientada a fazer força							
Não	15	14,6%	125	99,2%	37	88,1%	<0,001*
Sim	88	85,4%	1	0,8%	5	11,9%	
Orientada sobre como respirar							
Não	27	26,5%	91	72,2%	20	47,6%	<0,001**
Sim	75	73,5%	35	27,8%	22	52,4%	
Orientada a Não gritar							
Não	101	97,1%	126	100,0%	42	100,0%	-
Sim	3	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	
Foi realizada punção venosa							
Não	39	37,5%	0	2,4%	0	2,4%	-
Sim	65	62,5%	126	97,6%	42	97,6%	
Sabe o que é Violência Obstétrica							
Não	43	41,3%	34	27,0%	13	31,0%	-
Sim	61	58,7%	92	73,0%	29	69,0%	
Considera ter sofrido Violência Obstétrica							
Não	99	95,2%	124	98,4%	37	88,1%	0,01*
Sim	5	4,8%	2	1,6%	5	11,9%	

Nota: *Teste Exato de Fisher. **Teste de Qui-quadrado. **Significância estatística:** (p<0,05).

Nas questões “Houve jejum”, “Orientada a fazer força” e “Orientada a Não gritar” não foi questionado em qual fase do trabalho de parto foi solicitado que fizesse esses procedimentos.

Cesáreo após TP: Cesáreo após trabalho de parto.

¹ Intervalo entre os toques realizados (de acordo com as recomendações do MS).

Fonte: Paiva RSP, et al., 2023.

Na análise de regressão logística binária observou-se que o parto cesáreo tem maior chance de ser realizado entre as mulheres mais velhas, com maiores rendas, maior escolaridade e autodeclaradas brancas, sem companheiros. Confirmou-se que o alojamento coletivo no trabalho de parto, o contato com o bebê no pós-parto imediato, segurar o bebê e amamentar na sala de parto foram mais presentes no parto normal (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise bivariada do tipo de parto em relação aos fatores socioeconômicos e de boas práticas de assistência ao parto em mulheres assistidas em uma maternidade da Zona da Mata Mineira.

Variáveis	Parto normal	Parto cesáreo	OR (IC95%)	Valor P
Idade (anos)	27,1 ±6,6	29,8 ±6,1	1,070846 (1,028 – 1,114)	0,001
Renda (reais)	1836,5 ±1607,8	2814,1 ±2526,9	1,000254 (1,000079 – 1,000428)	0,004
Escolaridade (ano)	10,7 ±2,3	11,5 ±2,0	1,185587 (1,056 – 1,329)	0,004
Raça				
Branca	21 (20,2%)	55 (32,7%)	Ref	0,02
Não branca	83 (79,8%)	113 (67,3%)	0,5198248 (0,291 - 0,925)	
Estado civil				
Com companheiro	53 (51%)	56 (33,3%)	Ref	0,004
Sem companheiro	51(49%)	112 (66,7%)	2,078431 (1,259 – 3,429)	
Alojamento Coletivo				
Não	10 (9,6%)	70 (41,7%)	Ref	<0,001
Sim	94 (90,4%)	98 (58,3%)	0,1489362 (0,0724604 - 0,3061258)	
Contato com o bebê após parto imediato				
Sim	91 (87,5%)	127 (75,6%)	Ref	0,019
Não	13 (12,5%)	41 (24,4%)	0,4425087 (.2243057 – 0.8729779)	
Segurou o bebê na sala de parto				
Sim	96 (93,2%)	72 (42,9%)	Ref	<0,001
Não	7 (6,8%)	96 (57,1%)	0,0546875 (0,0239436 - 0,1249067)	
Amamentou na sala parto				
Sim	53 (51,5%)	27 (16,1%)	Ref	<0,001
Não	50 (48,5%)	141 (83,9%)	0,1806504 (0,1027104 - 0,3177338)	

OR: odds ratio; **IC95%:** Intervalo de confiança de 95%. **Significância estatística:** (p<0,05).

Fonte: Paiva RSP, et al., 2023.

Buscando comparar a assistência às mulheres que vivenciaram o trabalho de parto, definiu-se duas categorias, mulheres que vivenciaram o parto normal e as que realizaram o parto cesáreo após trabalho de parto.

As práticas não invasivas para alívio da dor não diferiram entre os grupos, assim como as orientações durante o trabalho de parto e parto. As condutas realizadas após o parto, como, contato imediato com o bebê, segurar o bebê e amamentar na sala de parto foram mais presentes no parto normal.

Tabela 4 - Frequência de boas práticas de parto, praticadas por tipo de parto em mulheres assistidas em uma maternidade da Zona da Mata.

Intervenções	Tipo de parto				p
	Parto normal		Cesáreo após TP		
	N	%	n	%	
Utilizaram método não invasivo para alívio da dor?					
Não	25	24,0%	9	21,4%	0,73
Sim	79	76,0%	33	78,6%	
Bola					
Não	70	67,3%	34	81,0%	0,09
Sim	34	32,7%	8	19,0%	
Massagem					
Não	63	60,6%	30	71,4%	0,21
Sim	41	39,4%	12	28,6%	
Banho (chuveiro)					
Não	37	35,6%	11	26,2%	0,27
Sim	67	64,4%	31	73,8%	
Cavalinho					
Não	98	94,2%	42	100,0%	-
Sim	6	5,8%	0	0,0%	
Entregaram o bebê no pós-parto imediato?					
Não	13	12,5%	15	35,7%	0,001
Sim	91	87,5%	27	64,3%	
Orientada nos procedimentos durante o parto?					
Não	9	8,7%	6	14,3%	0,15
Sim	94	90,4%	36	85,7%	
Segurou o bebê na sala de parto?					
Não	7	6,7%	31	73,8%	<0,01
Sim	96	92,3%	11	26,2%	
Amamentou o bebê na sala de parto?					
Não	50	48,1%	39	92,9%	<0,01*
Sim	53	51,0%	3	7,1%	

Fonte: Paiva RSP, et al., 2023.

Teste: *Exato de Fisher. Significância estatística: ($p < 0,05$). Cesáreo após TP: Cesáreo após trabalho de parto.

Na Tabela 5 estão apresentadas as razões de chances (OR) com IC95% para as variáveis que mantiveram no modelo final. Observou-se que a cor não branca apresentou 41% de chance de parto normal. No que tange ao auxílio para tolerar a dor, ter vivenciado o parto normal apresentou maior chance de ter esta orientação. Observou-se que o contato com o bebê no pós-parto imediato, segurar o bebê e amamentar na sala de parto apresentaram maiores chances de acontecerem nas mulheres que realizaram parto normal em relação àquelas que realizam cesariana após passar pelo trabalho de parto. Quanto às intervenções realizadas, o jejum e a orientação de ficar deitada foram mais presentes entre as mulheres realizaram parto cesáreo após trabalho de parto, enquanto as orientações a fazer força e como respirar foram mais observadas entre as que vivenciaram o parto normal.

Tabela 5 - Análise bivariada de mulheres que vivenciaram o trabalho de parto em relação aos fatores socioeconômicos, de boas práticas e de intervenções na assistência ao parto em mulheres assistidas em uma maternidade da Zona da Mata Mineira.

Variáveis	Parto normal		Cesáreo após TP		OR (IC95%)	p
Idade (ano)	27,79 ±6,023		27,06 ±4,976		1,001522 (0,9463953 – 1,059859)	0,958
Renda (reais)	1836,48 ±1607,82		2077,77 ±2042,81		1,000076 (0,9998539 – 1,000298)	0,503
Escolaridade (ano)	10,73 ±2,384		11,29 ±1,934		1,084114 (0,9170762 – 1,281577)	0,344
Raça						
Branca	21	20,2%	16	38,1%	Ref	0,027
Não branca	83	79,8%	26	61,9%	0,4111446 (0,1874328 – 0,9018692)	
Estado civil						
Com companheiro	51	49,0%	20	47,6%	Ref	0,877
Sem companheiro	53	51,0%	22	52,4%	0,945 (0,461 – 1,936)	
Boas Práticas						
Alojamento Coletivo						
Não	10	9,6%	5	11,9%	Ref	0,681
Sim	94	90,4%	37	88,1%	0,787234 (0,2520457 – 2,458829)	
Tolerar dor no TP						
Sim	57	54,8%	11	27,5%	Ref	0,004
Não	47	45,2%	29	72,5%	0,3127647 (0,1413462 – 0,6920717)	
Bola						
Sim	34	32,7%	8	19,0%	Ref	0,103
Não	70	67,3%	34	81,0%	0,4844291 (.202472 1.159032)	
Massagem						
Sim	41	39,4%	12	28,6%	Ref	0,219
Não	63	60,6%	30	71,4%	0,6146341 (.2827603 1.336026)	
Banho/chuveiro						
Sim	67	64,4%	31	73,8%	Ref	0,276
Não	37	35,6%	11	26,2%	1,556309 (.7017962 3.451285)	
Contato com bebe após parto imediato						
Sim	91	87,5%	27	64,3%	Ref	0,002
Não	13	12,5%	15	35,7%	0,2571429 (.109036 .6064276)	
Segurou o bebe na sala de parto						
Sim	96	93,2%	11	26,2%	Ref	<0,001
Não	7	6,8%	31	73,8%	0,0258737 (.0092324 .0725103)	
Amamentou na sala de parto						
Sim	53	51,5%	3	7,1%	Ref	<0,001
Não	50	48,5%	39	92,9%	0,0725689 (.0210794 .2498296)	
Intervenções						
Toque vaginal						
Não	2	1,9%	2	4,8%	Ref	0,357
Sim	102	98,1%	40	95,2%	0,3921569 (.0534038 2.8797)	

Variáveis	Parto normal		Cesáreo após TP		OR (IC95%)	p
Ruptura da Bolsa						
Não	76	76,0%	38	90,5%	Ref	0,056
Sim	24	24,0%	4	9,5%	0,333333 (.1079087 1.029677)	
Jejum						
Não	88	84,6%	16	38,1%	Ref	<0,001
Sim	16	15,4%	26	61,9%	8,9375 (3,938318 20,28249)	
Ficar deitada						
Não	91	87,5%	29	69,0%	Ref	0,010
Sim	13	12,5%	13	31,0%	3,137931 (1,308049 7,527706)	
Fazer força						
Não	15	14,6%	37	88,1%	Ref	<0,001
Sim	88	85,4%	5	11,9%	0,0230344 (.0078026 .0680006)	
Como respirar						
Não	27	26,5%	20	47,6%	Ref	0,015
Sim	75	73,5%	22	52,4%	0,396 (.1873469 .8370353)	

OR: odds ratio; IC95%: Intervalo de confiança de 95%.

Cesáreo após TP: Cesáreo após trabalho de parto.

Regressão logística binária para as variáveis independentes pelo desfecho tipo de parto. **Variáveis incorporadas no modelo bivariada (p<0,05):** raça, tolerar a dor no trabalho de parto, contato com o bebê no pós-parto imediato, segurar o bebê na sala de parto, amamentar o bebê na sala de parto, jejum, orientação para ficar deitada, orientação para fazer força, orientação como respirar.

Fonte: Paiva RSP, et al., 2023.

DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo apontam para a necessidade de fortalecimento da atenção à gestação, parto e nascimento. Conforme os dados, houve predomínio da faixa etária de 20 a 34 anos 196 (72,1%), idade considerada ideal para gestações, visto que gestações antes dos 19 anos (gravidez na adolescência) e acima dos 35 anos (idade avançada) podem apresentar riscos como aumento da prematuridade, baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal (AZEVEDO WF, et al., 2015 e ALVES NCC, et al., 2017), abortamento espontâneo e hospitalização materna devido a hipertensão/pré-eclâmpsia (ALVES NCC, et al., 2017; MARTINELLI KG, et al., 2021).

A faixa etária ≤ 19 anos representou 8,5% das entrevistadas, valor inferior ao observado em um levantamento onde 20,1% das gestantes possuíam de 10 a 19 anos (GUIMARÃES NM, et al., 2021). O aumento na idade das parturientes é uma tendência (HELLE N, et al., 2022) correlacionada ao maior acesso ao parto cesáreo, a distribuição de renda e a inserção da mulher no mercado de trabalho (GUIMARÃES NM, et al., 2021).

Nas questões socioeconômicas, mulheres pretas, com menor escolaridade e baixa renda são susceptíveis a falhas na assistência e a violência obstétrica (CURI PL, et al., 2020; PENA JCV, et al., 2020), devido ao racismo e a desigualdade social que neutralizam o acesso ao atendimento humanizado e assessoramento adequado (LANSKY S, et al., 2019).

Nesse estudo a maioria se autodeclarou não branca (72,1%), que vai de encontro ao Cadastro de Nascidos Vivos, no qual 65,4% das mulheres apresentam essa característica (BRASIL, 2020). Sobre as questões raciais e assistência ao pré-natal, parto e puerpério, a discriminação reflete em iniquidades na assistência a mulheres negras (LANSKY S, et al., 2019). Ademais, os dados apontam aumento nas chances de parto normal em mulheres não brancas quando comparadas com brancas, fato semelhante ao identificado na literatura (LEAL MC, et al., 2017).

Quanto à escolaridade, foi identificado predomínio de mães com ensino médio (52,2%), corroborando com outros trabalhos (ANDRADE SG, et al., 2018; LEITE MCP, et al., 2020; BRASIL, 2020). O estudo Nascer no Brasil evidenciou que a avaliação dos indicadores de assistência ao parto são piores avaliados por mulheres com baixa escolaridade (D'ORSI E, et al., 2014). Além disso, mulheres com menor escolaridade possuem menor autonomia e capacidade de decisão durante a assistência ao parto, e favorece a ocorrência de violência obstétrica (ZANARDO GLP, et al., 2017).

A maioria das mulheres, dessa pesquisa, relataram viver com até um salário-mínimo (43,7%), dado semelhante aos encontrados por outros estudos (LEITE MCP, et al., 2020; CARNEIRO EC, et al., 2021). Condições socioeconômicas precárias favorecem a morbimortalidade materna-infantil e impossibilidade do acesso à educação, que as torna mais propensas a intervenções desnecessárias (ARANTES CR, et al., 2021).

Abrangendo o histórico obstétrico, os dados apontaram maior número de mulheres com menor número de gestação (71,3%, dados semelhantes a outros trabalhos (LEITE MCP, et al., 2020; CARNEIRO EC, et al., 2021; MEDRADO AMS, et al., 2021), sendo três gestações considerado ideal para a saúde reprodutiva (MEDRADO AMS, et al. 2021). O número de mulheres que sofreram aborto foi de 64 (23,6%). No Brasil, entre 2008-2018 houve uma redução significativa nas internações por aborto (ULIANA MD, et al., 2022). Esses achados podem ser resultado das boas práticas de pré-natal e melhores condições socioeconômicas, no entanto, ainda há necessidade de melhorias (CARDOSO BP, et al., 2020).

Quanto a idade gestacional, encontrou-se predomínio de 38 a 42 semanas (78,9%, corroborando com a literatura (MEDRADO AMS, et al., 2021), e um elevado número de nascimentos prematuros 57 (21,1%). Este resultado traz à tona um grande problema que é a prematuridade, por estar relacionada à morbimortalidade infantil, aumentar os custos dos sistemas de saúde, causar danos e sequelas de difícil mensuração aos recém-nascidos e prejuízos no desenvolvimento dos lactentes (MARTINELLI KG, et al., 2021). Ademais, identificou-se que a maioria dos partos ocorreram com intervenções, o que vai de encontro o encontrado na literatura (MELO AA, 2020). A realização de intervenções desnecessárias ocasiona prejuízos para a mãe e bebê nos diferentes tipos de parto, assim o menor número de exposição a intervenções, tais como uso de ocitocina, tricotomia e cesariana está de acordo com as evidências científicas recomendadas pelo MS (BRASIL, 2016).

Identificou-se associação entre jejum e parto normal, prática considerada inadequada para este tipo de parto. Estudos apontam a prática do jejum mais frequente nas que realizaram parto cesáreo (LEITE MCP, et al., 2020; COSTA LD, et al., 2021). Entre os profissionais de saúde ainda há preocupação quanto a necessidade de anestesia e intervenção cirúrgica durante o trabalho de parto, devido ao risco de aspiração gástrica (SANTOS FSR, et al., 2019). No entanto, o jejum no trabalho de parto é considerado desnecessário pois apontam baixo risco, mesmo se necessário uma intervenção cirúrgica (SANTOS FSR, et al., 2019).

A recomendação de ficar deitada, também esteve associado com todos os tipos de parto. No entanto, foi apontada uma maior prevalência nos partos cesáreos, também encontrado por outros autores (LEITE MCP, et al., 2020). Esta intervenção contraria as recomendações de boas práticas ao parto, visto que deambular durante a parturição pode reduzir o tempo do trabalho de parto, diminuir a dor, melhorar a qualidade das contrações uterinas e da circulação materno-fetal (ALCÂNTARA NA e SILVA TJP, 2021).

Quanto as intervenções ruptura da bolsa e orientação para fazer força, foi verificada maior associação com o parto normal. Este processo, também conhecido como amniotomia precoce, ainda é amplamente utilizado, no entanto, não deve ser realizado como rotina em mulheres que estão progredindo bem no trabalho de parto (ALCÂNTARA NA e SILVA TJP, 2021). E, com relação à recomendação fazer força para que a criança nasça, não há evidência de seus benefícios, apesar de serem apontadas orientações a respeito desta intervenção (CAMPOS PM, et al., 2020). Notou-se associação entre trabalho de parto e violência obstétrica. Intervenções desnecessárias, excessivas e sem o consentimento da mulher são consideradas violência (LANSKY S, et al., 2019).

A fim de evitar a intervenções desnecessárias e desestimular a violência obstétrica, surge a necessidade da reformulação das práticas assistenciais. No Brasil, a organização de atenção ao parto e ao nascimento direciona para práticas seguras baseadas em evidências científicas, na garantia do cuidado integral, de qualidade e no protagonismo da mulher (BRASIL, 2016). As “boas práticas de atenção ao parto e nascimento” compreendem o incentivo à deambulação, oferta de líquidos e alimentos, adoção de posições verticalizadas, presença de acompanhante e uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor como: banho, massagem, exercícios respiratórios; técnicas seguras e não invasivas que auxiliam na progressão do trabalho de parto e do bem-estar da mulher e do bebê (PEREIRA SB, et al., 2018).

Quanto as boas práticas na assistência ao parto, verificou-se resultado positivo, nesse estudo, no que tange à presença do acompanhante, contato com bebê após o parto e amamentação na primeira hora de vida, corroborando com a literatura, onde há também o fortalecimento de ações não farmacológicas para alívio da dor e acesso à informação (CARVALHO EMP, et al., 2019).

O contato pós-parto com o bebê esteve associado ao tipo de parto ($p < 0,001$). Entre as mulheres que tiveram parto normal 87,5% tiveram contato com o bebê pós-parto e as de parto cesáreo 75,6%. Um estudo, realizado em Viçosa-MG, encontrou 60% de contato pele a pele entre criança e mãe pós-parto, com predomínio de parto normal, no entanto não categorizou este contato por tipo de parto conforme este estudo (CAMPOS VS, et al., 2020). O contato pele a pele pós-parto e o aleitamento na primeira meia hora de vida, com autonomia da mulher para exercer o papel e vivenciar esse momento são condutas preconizadas para a humanização da atenção obstétrica e proporcionam afeto, amor, construção de vínculo e conforto para mãe e bebê (BRASIL, 2016).

A hora dourada, altamente recomendada devido aos benefícios, é o momento de contato pele a pele, de amamentação e outros cuidados imediatos na primeira hora de vida do bebê, ainda em sala de parto, que ainda possui baixa adesão no Brasil (MONTEIRO BR, et al., 2022). Este momento, que engloba a amamentação na primeira hora de vida do bebê, estimula a produção de leite, adaptação da vida extrauterina, adequação cardiorrespiratória e térmica do bebê e redução de mortes neonatais precoces (MONTEIRO BR, et al., 2022). A amamentação na primeira hora de vida foi mais recorrente no parto normal. Neste parto, a mulher tem participação ativa e o contato pele a pele com o bebê ocorre mais facilmente logo após o nascimento, isso possibilita o reconhecimento do momento de a criança amamentar (SILVA JLP, et al., 2018). Nosso achado vai de encontro a literatura, por evidenciar associação entre parto normal e ocorrência da amamentação na primeira hora de vida (BELO MNM, et al., 2014).

Além disso há recomendação do alojamento conjunto em todas as maternidades e tipos de parto. Este processo compreende o fato de que o recém-nascido permanece ao lado da mãe o tempo todo até a alta hospitalar (HANDELZALTS JE, et al., 2021). Da mesma forma, este estudo encontrou maior associação na realização do alojamento conjunto com parto normal. Esta situação pode prevalecer nesses casos visto que nas cesarianas podem acontecer intercorrências clínicas e obstétricas que dificultam o contato imediato pós-parto e a continuidade da presença da mãe e bebê (ENTRINGER AP, 2019).

CONCLUSÃO

A maioria das boas práticas de assistência ao parto estão associadas ao parto normal e há necessidade melhorias na atenção ao parto cesáreo. Tal fato torna-se preocupante visto os benefícios da humanização na recuperação da mulher e desenvolvimento do bebê. A assistência pré-natal, ofertada pela equipe multiprofissional, em especial pelo enfermeiro, é fundamental para a humanização do cuidado à gestante e para emponderá-la quanto ao acesso a informações sobre parto e puerpério. Como limitação do estudo está seu caráter transversal, que demanda uma interpretação cautelosa dos resultados devido a possibilidade de causalidade reversa. No entanto, os resultados foram apoiados na literatura e permitem sugerir que o parto normal ainda se encontra mais associado a boas práticas do parto, no entanto, há pontos negativos em relação a intervenções desnecessárias em todos os tipos de parto. Tal assunto deve ser difundido e trabalhado cada vez mais para que seja ofertado o melhor atendimento às gestantes.

REFERÊNCIAS

1. ALCÂNTARA NA e SILVA TJP. Práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento de risco habitual. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, 2021; 21(03): 773-783.
2. ALVES NCC, et al. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2017; 38(4): e2017-0042.
3. ANDRADE SG, et al. Perfil sociodemográfico, epidemiológico e obstétrico de parturientes em um hospital e maternidade de Sobral, Ceará. *Revista Prevenção de Infecção e Saúde*, 2018; 4(7283).
4. ARANTES CR, et al. Obstetric violence in birth room: types of violences and profile of victims. *Brazilian Journal of Development*, 2021; 7(8): 77964-77980.
5. AZEVEDO WF, et al. Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. *Einstein*, 2015; 13(4): 618-626.
6. BELO MNM, et al. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, 2014; 4(1): 65-72.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acessado em: 20 de novembro de 2022.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Nascidos vivos – Brasil. 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acessado em: 15 outubro de 2022.
9. BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de recomendação. Brasília: Ministério da Saúde. 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acessado em: 20 de novembro de 2022.
10. CAMPOS PM, et al. Skin-to-skin contact and breastfeeding of newborns in a university hospital. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2020; 41(spe): e20190154a.
11. CAMPOS VS, et al. Práticas convencionais do parto e violência obstétrica sob a perspectiva de puérperas. *Revista Baiana de Enfermagem*, 2020; 34(e35453).
12. CARDOSO BP, et al. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? *Cadernos de Saúde Pública*, 2020; 36(1): e00188718.
13. CARNEIRO EC, et al. Atenção à saúde da gestante: preditores sociodemográficos e obstétricos. *Revista Científica de Enfermagem-RECIEN*, 2021; 11(35): 120-130.
14. CARVALHO EMP, et al. Avaliação das boas práticas de atenção ao parto por profissionais dos hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019; 24(6): 2135-2145.
15. CAVALCANTE AMR, et al. A influência do parto humanizado na intensificação do vínculo mãe-filho e na redução de intervenções médicas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*; 2022; 15(8): e10822.
16. COSTA LD, et al. Adesão de profissionais às boas práticas obstétricas e intervenções realizadas com parturientes. *Rev Rene*, 2021; 22: e10.
17. CRUZ CB, et al. Recursos fisioterapêuticos aplicados no trabalho de parto natural humanizado: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2020; (41): e2731.
18. CURI PL, et al. A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS. *Arq. bras. Psicol*, 2020; 72(spe): 156-169.
19. D'ORSI E, et al. Social inequalities and women's satisfaction with childbirth care in Brazil: a national hospital-based survey. *Cad Saude Publica*, 2014; 30, suppl.1: S154-168.
20. ENTRINGER AP, et al. Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde colet*, 2019; 24(4): 1527-1536.
21. FEITOSA SR, et al. Violência obstétrica: uma revisão da produção científica. *RETEP - Rev. Tendên. da Enferm. Profis*, 2017; 9(2): 2196-2203.

22. GAIOWSKI MV, et al. Medos em primigestas para o parto. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021; 13(1): e5233.
23. GUIMARÃES NM, et al. Childbirths under the unified health system (SUS) of Brazil: prevalence and profile of parturients. *Brazilian Journal of Development*, 2021; 7(2): 11942-11958.
24. HANDELZALTS JE, et al. Associations of rooming-in with maternal postpartum bonding: the impact of mothers' pre-delivery intentions. *Midwifery*, 2021; 95: e102942.
25. HELLE N, et al. National register data are of value in studies on miscarriage—Validation of the healthcare register data in Finland. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2022; 1245-1252.
26. LANSKY S, et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019; 24(8): 2811–2824.
27. LEAL MC, et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2017; 33(1): e00078816.
28. LEITE MCP, et al. Perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres vítimas de violência obstétrica no médio norte Matogrossense. *Brazilian Journal of Development*, 2020; 6(10): 77230-77249.
29. MARTINELLI KG, et al. Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Rev. bras. estud. popul.*, 2021; 38:1-15.
30. MEDRADO AMS, et al. Análise do histórico obstétrico e acompanhamento do pré-natal da gestação atual em puérperas em uma maternidade do Tocantins. *AMAZÔNIA: SCIENCE & HEALTH*, 2021; 9(3): 92-105.
31. MELO AA, et al. Perfil de atenção ao parto em maternidade de risco habitual: tipo de parto e intervenções. *Research, Society and Development*, 2020; 9(2): e176921905.
32. MONTEIRO BR, et al. Elementos que influenciaram no contato imediato entre mãe e bebê na hora dourada. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2022; 56: e20220015.
33. PENA JCV, et al. Relação dos determinantes psicossociais com a prevalência da violência obstétrica. *Revista CPAQV—Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*, 2020; 12(2).
34. PEREIRA SB, et al. Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. *Rev Bras Enferm*, 2018; 71(3): 1313-1319.
35. RESENDE MTS, et al. Perfil da assistência ao parto em uma maternidade pública. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*, 2020; 20(3): 863-870.
36. SANTOS FSR, et al. A importância da redução do tempo de jejum pré-operatório: uma revisão literária. *Cadernos da Medicina-UNIFESO*, 2019; 2(2): 174-182.
37. SILVA JLP, et al. Fatores Associados ao Aleitamento Materno na Primeira Hora de Vida em um Hospital Amigo da Criança. *Texto contexto - enferm*, 2018; 27(4): e4190017.
38. TORAL A, et al. Assistência de enfermagem na humanização do parto: uma revisão integrativa. *Estácio Saúde*, 2019; 8(1): 45-53.
39. TRAJANO AR e BARRETO EA. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2021; 25.
40. ULIANA MD, et al. Internações por aborto no Brasil, 2008-2018: estudo ecológico de série temporal. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*, 2022; 31(1): e2021341.
41. VIEIRA TFS, et al. Conhecimento das mulheres sobre violência obstétrica: Uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Health Review*, 2020; 3(4): 9912-9925.
42. ZANARDO GLP, et al. Violencia obstétrica en Brasil: una revisión narrativa. *Psicologia & sociedade*, 2017; 29: e155043.