RESUMO EXPANDIDO - IV. PESQUISA CIENTÍFICA RELACIONADA À AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS E GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

CUIDADO E CONFORTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO SOB A PERSPECTIVA DAS PUÉRPERAS

Fernanda Braga Joaquim (fernandabraga@usp.br)

Tainah Barbosa De Moraes Serrano (tainahdms@usp.br)

Monica Maria De Jesus Silva (monicamjs@usp.br)

Introdução: Para assegurar a qualidade da assistência ao parto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere que algumas práticas sejam seguidas para melhorar a experiência da mãe durante o trabalho de parto1, pois apresentam-se como ferramentas essenciais para o cuidado e conforto em saúde.2 Compreender as práticas de cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto tem grande relevância tanto para a saúde materno-infantil quanto para a qualidade da experiência do parto, uma vez que busca reduzir as intervenções desnecessárias, contribuir para a vivência de uma experiência humanizada, alinhada às melhores práticas e para a formação de profissionais de saúde pautada em evidências científicas, bem como colaborar para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), como o ODS 3 - Saúde e bem-estar e o ODS 5 - Igualdade de gênero e empoderamento de meninas e mulheres3 Objetivo: compreender as práticas de cuidado e conforto oferecidas às mulheres durante o trabalho de parto e parto, em uma maternidade pública, localizada no interior do estado de São Paulo, Brasil. Métodos: estudo descritivo, de abordagem qualitativa, fundamentado no referencial teórico da humanização da assistência, o qual é amplo e envolve um conjunto de

conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção da assistência qualificada e respeitosa ao ser humano que caminhe ao encontro da proposta de Estado de uma Política Nacional de Humanização (PNH).4 O estudo foi realizado em uma maternidade pública de complexidade secundária, localizada no interior do estado de São Paulo, Brasil. Os participantes foram 15 puérperas, selecionadas segundo os critérios de elegibilidade: idade maior ou igual a 18 anos, admissão no pré-parto da unidade e internação no alojamento conjunto a partir do segundo dia pós-parto. Os critérios de exclusão foram: não saber ler ou escrever e incapacidade de comunicação verbal sem o auxílio de outra pessoa. O número de participantes foi definido pelo critério de saturação teórica de dados, estabelecida quando novas informações ou categorias não trouxeram mais contribuições significativas. A coleta de dados foi realizada no período de nove a 23 de setembro de 2025. Para o recrutamento das participantes, a pesquisadora se dirigiu ao leito da puérpera e explicou o objetivo do estudo, os procedimentos para a coleta de dados e os aspectos éticos. Mediante o aceite em participar, a puérpera assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para a coleta, foi utilizado um formulário eletrônico, hospedado na plataforma Google Forms® contendo a caracterização socioeconômica, demográfica e obstétrica, contendo as variáveis: idade, estado civil, religião, renda, cor da pele, profissão, escolaridade, idade gestacional, número de gestações, número de partos, número de abortos e filhos; e medidas de cuidado e conforto. O formulário foi preenchido pela pesquisadora em celular da equipe de pesquisa. Em seguida, realizou-se entrevista conduzida por acadêmica de enfermagem previamente treinada, guiada por roteiro elaborado pela equipe e previamente testado em estudo piloto, contendo duas questões norteadoras sobre medidas de cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: 1) Me conte como foi o seu trabalho de parto; 2) Me conte sobre como foram oferecidas as medidas de cuidado e conforto durante seu o trabalho de parto. As entrevistas foram realizadas uma única vez por participante e foram áudio gravadas com a autorização da participante. Os dados das entrevistas foram transcritos em formato digital pela pesquisadora que realizou a coleta de dados. A seguir, foi realizada a leitura e conferência da transcrição, visando dupla checagem. Os dados foram analisados por duas pesquisadoras. Os dados de caracterização das participantes foram analisados por meio de estatística descritiva, enquanto os dados das entrevistas foram submetidos à Análise de Conteúdo, desenvolvida em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. O estudo obedeceu aos critérios da Resolução 466, de 12 de

dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Resultados: Participaram do estudo 15 puérperas, com idades entre 18 e 35 anos, predominando mulheres brancas, de 21 a 24 anos, casadas e/ou com companheiro. Prevaleceram participantes com ensino fundamental, crenças religiosas, atividade remunerada e renda familiar de até dois salários-mínimos. A maioria possuía até dois filhos vivos, sem histórico de abortamento, e uma gestação prévia, embora igual percentual relatasse três gestações. Predominaram puérperas com um parto anterior, enquanto a mesma proporção apresentou três partos. Na última gestação, todos os nascimentos ocorreram a termo, com idade gestacional entre 39 e 41 semanas. Quanto às medidas de cuidado, a maioria foi estimulada à liberdade de movimentos e às posições não supinas durante o trabalho de parto. Todas tiveram monitoramento do bem-estar físico e emocional, e a maioria vivenciou monitoramento fetal por ausculta. Todas receberam líquidos, porém apenas 73,3% receberam alimentos durante o trabalho de parto. A maioria recebeu informações e justificativas conforme seus desejos, além de incentivo ao contato precoce mãe-filho e à amamentação na primeira hora de vida. Em relação às medidas de conforto, 73,3% foram estimuladas à deambulação; 80% utilizaram bola de parto; 86,7%, banho de chuveiro; 66,7%, métodos respiratórios; 46,7%, massagens; e 33,3% foram consultadas sobre o uso de música. Aromaterapia, acupuntura e “cavalinho” não foram ofertados devido à ausência desses recursos na maternidade. A maioria relatou que a equipe de enfermagem foi responsável pela oferta de ao menos um método de cuidado ou conforto. A partir dos relatos, emergiram três categorias temáticas: 1) Oferta de diferentes medidas de cuidado e conforto; 2) Medidas de cuidado e conforto como estratégia para alívio da dor e relaxamento durante o trabalho de parto; 3) Atuação da equipe de saúde no cuidado contínuo e oferecimento das medidas de cuidado e conforto. Conclusão: Os achados demonstram avanços importantes na assistência humanizada ao parto, mas também revelam limitações estruturais e institucionais que impedem a universalização das boas práticas. O estudo reforça a importância de investimento constante em formação profissional, infraestrutura e fortalecimento do modelo assistencial para que toda mulher tenha acesso integral e equânime às medidas de cuidado e conforto preconizadas pelas diretrizes nacionais e internacionais.

Referências:

1. World Health Organization (WHO). Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet] 2018 [cited 2024 oct 7]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215

2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégios. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. [Internet]. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017 [acesso em 8 de outubro 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

3. United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development [Internet]. 2015 [cited 2024 Aug 13]. Available from: https://digitallibrary.un.org/record/1654217?v=pdf

4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. [Internet] 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 [acesso em 12 de outubro 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

ABSTRACT

Care and comfort during labor and delivery from the perspective of new mothers

Introduction: To ensure the quality of childbirth care, the World Health Organization (WHO) recommends that certain practices be followed to improve the mother’s experience during labor,[1] as they serve as essential tools for health care and comfort.[2] Understanding care and comfort practices during labor and delivery is of great importance both for maternal -child health as for the quality of the childbirth experience, as it seeks to reduce unnecessary interventions, contribute to a humanized experience aligned with best practices, and support the training of health professionals based on scientific evidence, as well as contribute to the achievement of the Sustainable Development Goals (SDGs), such as SDG 3 - Good Health and Well-being and SDG 5 - Gender Equality and

the Empowerment of Girls and Women[3] Objective: to understand the care and comfort practices offered to women during labor and delivery at a public maternity hospital located in the interior of the state of São Paulo, Brazil. Methods: A descriptive study with a qualitative approach, grounded in the theoretical framework of the humanization of care, which is broad and involves a set of knowledge, practices, and attitudes aimed at promoting qualified and respectful care for human beings in line with the government's proposal for a National Humanization Policy (PNH). 4 The study was conducted at a secondary-level public maternity hospital located in the interior of the state of São Paulo, Brazil. The participants were 15 postpartum women, selected according to the following eligibility criteria: age 18 years or older, admission to the unit's prenatal care unit, and admission to the mother-baby room starting on the second day postpartum. The exclusion criteria were: inability to read or write and inability to communicate verbally without the assistance of another person. The number of participants was determined by the criterion of theoretical data saturation, established when new information or categories no longer yielded significant contributions. Data collection took place from September 9 to 23, 2025. To recruit participants, the researcher approached the postpartum women at their bedsides and explained the study's objective, data collection procedures, and ethical considerations. Upon agreeing to participate, the postpartum women signed the Informed Consent Form (ICF). An electronic form hosted on the Google Forms® platform was used for data collection. It included socioeconomic, demographic, and obstetric characteristics, covering the following variables: age, marital status, religion, income, skin color, occupation, education level, gestational age, number of pregnancies, number of births, number of abortions, and number of children; as well as measures of care and comfort. The form was completed by the researcher on a mobile phone belonging to the research team. Next, an interview was conducted by a previously trained nursing student, guided by a script developed by the team and previously tested in a pilot study, containing two guiding questions regarding measures of care and comfort during labor and delivery: 1) Tell me about your labor; 2) Tell me about how measures of care and comfort were provided during your labor. The interviews were conducted once per participant and were audio-recorded with the participant's consent. The interview data were transcribed into digital format by the researcher who collected the data. Subsequently, the transcription was read and reviewed to ensure double-checking. The data were analyzed by two researchers. The participants' demographic data were analyzed using descriptive statistics, while the interview

data underwent Content Analysis, conducted in three stages: pre-analysis, exploration of the material, and processing of the results. The study complied with the criteria of Resolution 466, dated December 12, 2012, of the National Health Council and was approved by the Research Ethics Committee of the Ribeirão Preto School of Nursing at the University of São Paulo. Results: Fifteen postpartum women, aged 18 to 35 years, participated in the study; the majority were white women aged 21 to 24 years who were married and/or living with a partner. The majority of participants had completed elementary school, held religious beliefs, were employed, and had a family income of up to two minimum wages. Most had up to two living children, no history of miscarriage, and one previous pregnancy, although an equal percentage reported three pregnancies. Postpartum women with one previous delivery were predominant, while the same proportion had three deliveries. In the most recent pregnancy, all births occurred at term, with a gestational age between 39 and 41 weeks. Regarding care measures, most were encouraged to move freely and adopt non-supine positions during labor. All had their physical and emotional well-being monitored, and most underwent fetal monitoring via auscultation. All received fluids, but only 73.3% received food during labor. Most received information and explanations in accordance with their wishes, as well as encouragement for early mother-infant contact and breastfeeding within the first hour of life. Regarding comfort measures, 73.3% were encouraged to walk; 80% used a birthing ball; 86.7% took a shower; 66.7% used breathing techniques; 46.7% received massages; and 33.3% were asked about the use of music. Aromatherapy, acupuncture, and the “cavalinho” (a traditional Brazilian birthing position) were not offered due to the absence of these resources in the maternity ward. Most reported that the nursing staff was responsible for offering at least one method of care or comfort. Three thematic categories emerged from the reports: 1) Provision of different care and comfort measures; 2) Care and comfort measures as a strategy for pain relief and relaxation during labor; 3) The healthcare team’s role in continuous care and the provision of care and comfort measures. Conclusion: The findings demonstrate significant advances in humanized childbirth care, but also reveal structural and institutional limitations that hinder the universal adoption of best practices. The study reinforces the importance of ongoing investment in professional training, infrastructure, and strengthening the care model so that every woman has full and equitable access to the care and comfort measures recommended by national and international guidelines.

References:

1. World Health Organization (WHO). Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet] 2018 [cited 2024 Oct 7]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215

2. Ministry of Health (BR). Secretariat of Science, Technology, and Strategic Supplies. National Guidelines for Normal Childbirth Care. [Internet]. 1st ed. Brasília: Ministry of Health, 2017 [accessed Oct. 8, 2024]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

3. United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development [Internet]. 2015 [cited 2024 Aug 13]. Available from: https://digitallibrary.un.org/record/1654217?v=pdf

4. Ministry of Health (BR). Secretariat of Health Care. National Humanization Policy. [Internet] 1st ed. Brasília: Ministry of Health, 2013 [accessed October 12, 2024]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

RESUMEN

Cuidados y comodidad durante el trabajo de parto y el parto desde la perspectiva de las puérperas

Introducción: Para garantizar la calidad de la atención durante el parto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda seguir ciertas prácticas que mejoren la experiencia de la madre durante el trabajo de parto[1], ya que constituyen herramientas esenciales para la atención y el bienestar en el ámbito de la salud[2]. Comprender las prácticas de atención y bienestar durante el trabajo de parto y el parto reviste gran importancia tanto para la salud materno infantil como para la calidad de la experiencia del parto, ya que busca reducir las intervenciones innecesarias, contribuir a vivir una experiencia humanizada, alineada con las mejores prácticas y a la formación de profesionales de la salud basada en evidencia científica, así como colaborar para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), como el ODS 3 - Salud y bienestar y el ODS 5 - Igualdad de género y empoderamiento de las niñas y las mujeres3 Objetivo: comprender las prácticas de cuidado y confort

ofrecidas a las mujeres durante el trabajo de parto y el parto, en una maternidad pública, ubicada en el interior del estado de São Paulo, Brasil. Métodos: estudio descriptivo, de enfoque cualitativo, basado en el marco teórico de la humanización de la atención, el cual es amplio e involucra un conjunto de conocimientos, prácticas y actitudes que tienen como objetivo promover una atención calificada y respetuosa hacia el ser humano, en consonancia con la propuesta estatal de una Política Nacional de Humanización (PNH). 4 El estudio se llevó a cabo en una maternidad pública de complejidad secundaria, ubicada en el interior del estado de São Paulo, Brasil. Las participantes fueron 15 puérperas, seleccionadas según los criterios de elegibilidad: edad igual o superior a 18 años, ingreso en la unidad de preparto y hospitalización en alojamiento conjunto a partir del segundo día posparto. Los criterios de exclusión fueron: no saber leer ni escribir e incapacidad para comunicarse verbalmente sin la ayuda de otra persona. El número de participantes se definió mediante el criterio de saturación teórica de datos, establecido cuando la nueva información o las nuevas categorías ya no aportaban contribuciones significativas. La recopilación de datos se llevó a cabo entre el 9 y el 23 de septiembre de 2025. Para el reclutamiento de las participantes, la investigadora se dirigió a la cama de la puérpera y le explicó el objetivo del estudio, los procedimientos para la recopilación de datos y los aspectos éticos. Tras aceptar participar, la puérpera firmó el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI). Para la recopilación se utilizó un formulario electrónico, alojado en la plataforma Google Forms®, que incluía la caracterización socioeconómica, demográfica y obstétrica, con las siguientes variables: edad, estado civil, religión, ingresos, color de piel, profesión, nivel educativo, edad gestacional, número de embarazos, número de partos, número de abortos e hijos; y medidas de cuidado y comodidad. El formulario fue completado por la investigadora en el celular del equipo de investigación. A continuación, se llevó a cabo una entrevista dirigida por una estudiante de enfermería previamente capacitada, guiada por un guion elaborado por el equipo y previamente probado en un estudio piloto, que contenía dos preguntas orientativas sobre medidas de cuidado y comodidad durante el trabajo de parto y el parto: 1) Cuénteme cómo fue su trabajo de parto; 2) Cuénteme cómo se le ofrecieron las medidas de cuidado y comodidad durante su trabajo de parto. Las entrevistas se realizaron una sola vez por participante y se grabaron en audio con la autorización de la participante. Los datos de las entrevistas fueron transcritos en formato digital por la investigadora que llevó a cabo la recopilación de datos. A continuación, se realizó la lectura y verificación de la

transcripción, con el fin de realizar una doble comprobación. Los datos fueron analizados por dos investigadoras. Los datos de caracterización de las participantes se analizaron mediante estadística descriptiva, mientras que los datos de las entrevistas se sometieron a un análisis de contenido, desarrollado en tres etapas: preanálisis, exploración del material y tratamiento de los resultados. El estudio cumplió con los criterios de la Resolución 466, del 12 de diciembre de 2012, del Consejo Nacional de Salud y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. Resultados: Participaron en el estudio 15 mujeres puérperas, con edades comprendidas entre los 18 y los 35 años, predominando las mujeres blancas, de entre 21 y 24 años, casadas y/o con pareja. Predominaron las participantes con educación primaria, creencias religiosas, actividad remunerada e ingresos familiares de hasta dos salarios mínimos. La mayoría tenía hasta dos hijos vivos, sin antecedentes de abortos, y un embarazo previo, aunque el mismo porcentaje reportó tres embarazos. Predominaron las puérperas con un parto anterior, mientras que la misma proporción presentó tres partos. En el último embarazo, todos los partos fueron a término, con una edad gestacional entre 39 y 41 semanas. En cuanto a las medidas de atención, a la mayoría se le fomentó la libertad de movimientos y las posiciones no supinas durante el trabajo de parto. Todas recibieron monitoreo del bienestar físico y emocional, y a la mayoría se les realizó monitoreo fetal mediante auscultación. Todas recibieron líquidos, pero solo el 73,3 % recibió alimentos durante el trabajo de parto. A la mayoría se le proporcionó información y justificaciones de acuerdo con sus deseos, además de se les incentivó el contacto temprano entre madre e hijo y la lactancia materna en la primera hora de vida. En cuanto a las medidas de confort, al 73,3 % se le animó a caminar; el 80 % utilizó una pelota de parto; el 86,7 %, la ducha; el 66,7 %, métodos respiratorios; el 46,7 %, masajes; y al 33,3 % se le consultó sobre el uso de música. No se ofrecieron aromaterapia, acupuntura ni la posición de «caballito» debido a la falta de estos recursos en la maternidad. La mayoría informó que el equipo de enfermería fue responsable de ofrecer al menos un método de cuidado o confort. A partir de los relatos, surgieron tres categorías temáticas: 1) Oferta de diferentes medidas de cuidado y confort; 2) Medidas de cuidado y confort como estrategia para el alivio del dolor y la relajación durante el trabajo de parto; 3) Actuación del equipo de salud en el cuidado continuo y la oferta de medidas de cuidado y confort. Conclusión: Los hallazgos demuestran avances importantes en la atención humanizada al parto, pero también revelan limitaciones estructurales e institucionales que impiden la

universalización de las buenas prácticas. El estudio refuerza la importancia de la inversión constante en formación profesional, infraestructura y fortalecimiento del modelo asistencial para que todas las mujeres tengan acceso integral y equitativo a las medidas de cuidado y confort recomendadas por las directrices nacionales e internacionales.

Referencias:

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Atención intraparto para una experiencia positiva del parto [Internet] 2018 [consultado el 7 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215

2. Ministerio de Salud (BR). Secretaría de Ciencia, Tecnología y Suministros Estratégicos. Directrices nacionales de asistencia al parto normal. [Internet]. 1.ª ed. Brasilia: Ministerio de Salud, 2017 [consultado el 8 de octubre de 2024]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

3. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible [Internet]. 2015 [consultado el 13 de agosto de 2024]. Disponible en: https://digitallibrary.un.org/record/1654217?v=pdf

4. Ministerio de Salud (BR). Secretaría de Atención a la Salud. Política Nacional de Humanización. [Internet] 1.ª ed. Brasilia: Ministerio de Salud, 2013 [consultado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

Palavras-chave: enfermagem; trabalho de parto; conforto do paciente; cuidado perinatal.