APLICAÇÃO DA ESCALA DE BEM-ESTAR MATERNO EM SITUAÇÃO DE PARTO (EBMSP 2) EM PUÉRPERAS ATENDIDAS NO HOSPITAL PROF. DR. ARISTODEMO PINOTTI- CAISM

Palavras-Chave: Saúde da mulher, Parto, Satisfação do Paciente, Obstetrícia

Autoras:
Isabella Toscano Valentim Carlos
Prof.ª Dr.ª Clara Fróes de Oliveira Sanfelice (orientadora)
[FACULDADE DE ENFERMAGEM UNICAMP]

INTRODUÇÃO:

Biologicamente, o parto pode ser definido como a expulsão do feto e da placenta, por via normal ou cirúrgica. No entanto, sabe-se que este é um processo dinâmico que envolve diferentes interações e pode sofrer influência de questões físicas, psíquicas e ambientais.[1]

Durante muitos séculos, o momento do parto foi considerado um evento exclusivo entre mulheres, com emprego de práticas e cuidados passados entre as gerações. Com o passar dos anos, percebeu-se um importante incremento de procedimentos e técnicas que, por um lado permitiram que as taxas de mortalidade materna e infantil diminuíssem drasticamente, mas, por outro, retirou a experiência de parir da mulher gradativamente, tornando-a um objeto pouco ativo em todo o processo.[2]

Além do protagonismo da mulher no parto, há diversos outros fatores que podem influenciar a sua experiência neste momento, tais como: a própria experiência de nascimento da mãe, relatos feitos por familiares, tipo de parto, presença de opções para alívio de dor, preparo durante o pré-natal, consentimento a respeito das técnicas realizadas, presença de acompanhante, apoio emocional por parte da equipe de saúde, duração do trabalho de parto, intensidade da dor e ambiente do parto.[3-4]

Recentemente, a OMS emitiu diretrizes reconhecendo a "experiência positiva de parto" como um aspecto crucial para todas as mulheres, e enalteceu o atendimento centrado na pessoa como uma tendência global para o alcance desse objetivo.[5] Assim, diversas iniciativas nacionais e internacionais têm buscado uma assistência mais respeitosa e segura, baseada em evidências científicas e com ênfase na participação ativa da mulher, além de contemplar a apropriação dos aspectos emocionais e sociais envolvidos no processo de parto [5-6].

Entretanto, apesar desses esforços e do aumento da visibilidade desta temática nas últimas décadas em todo o mundo, muitos serviços brasileiros da atualidade ainda não conseguiram implementar, de modo efetivo, as recomendações em sua prática clínica, o que reflete de forma negativa na satisfação das mulheres em relação ao parto.[6]

A literatura aponta que a satisfação do cliente como um indicador da qualidade do cuidado vem se tornando cada vez mais importante. No contexto da saúde materna, ter acesso à satisfação da mulher com o cuidado recebido durante o trabalho de parto e parto é de extrema relevância não somente para os profissionais de saúde, como também para gestores hospitalares e formuladores de políticas, uma vez que este dado representa um importante indicador que pode ser utilizado em prol da melhoria da qualidade dos serviços de assistência materno-infantil.[7-8].

Além disso, a satisfação de uma mulher com a sua experiência no parto pode ter efeitos imediatos e a longo prazo sobre sua saúde e seu relacionamento com o seu bebê, incluindo: depressão pós-parto, falta de capacidade de retomar a relação sexual, preferência por cesariana entre outros.[9-10]

A OMS declara que as experiências de parto não satisfatórias, onde são descritas situações de desrespeito, abuso e negligência no tratamento durante o trabalho de parto e parto, representam uma grave violação dos direitos humanos básicos.[11]

Embora existam diversas pesquisas sobre a satisfação das mulheres com o parto na literatura internacional [12-14], esta é uma temática pouco explorada na realidade brasileira. Os estudos sobre fatores relacionados à satisfação com o parto são escassos e pouco abrangentes, refletindo um espaço reduzido para discussão do tema que precisa ser melhor aprofundado, dado o possível impacto e a aplicabilidade de seus resultados.

Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi avaliar a satisfação com a experiência de parto de puérperas atendidas em um hospital escola. Esta é uma estratégia com potencial para apontar aspectos importantes que possam fomentar o plano de cuidados às parturientes, guiar as práticas assistenciais do serviço e qualificar a assistência ofertada às mulheres no processo de parturição.

METODOLOGIA:

Trata-se de uma pesquisa analítica e transversal. O relato do estudo se apoiou nas recomendações do roteiro STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology).

Os dados foram coletados no período de setembro de 2021 a abril de 2022, junto a puérperas internadas na unidade de Alojamento Conjunto de um hospital público de ensino, localizado em cidade do interior do Estado de São Paulo (Hospital Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – CAISM).

Foram incluídas na amostra puérperas maiores de 18 anos; com recém-nascidos vivos; com pelo menos 6 horas pós-parto; que vivenciaram a experiência de trabalho de parto (independente da via de parto) sem intercorrências; com capacidade intelectual para compreensão do instrumento e sem dificuldades de comunicação.

O tamanho amostral foi determinado levando em conta a metodologia de cálculo amostral, com objetivo de estimar uma proporção. O cálculo para determinar o tamanho amostral foi baseado na metodologia de um cálculo amostral para um teste t de Student não pareado. Nesse cálculo foi assumido um nível de significância de 5%, um poder do teste de 80% e um tamanho de efeito igual a 0,50. O cálculo resultou em uma amostra mínima de 64 sujeitos por grupo. Portanto, para realizar a comparação dos tipos de parto (normal/fórceps X cesariana) com relação aos escores do instrumento foi necessário a entrevista de 128 sujeitos.

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos. O primeiro foi um questionário sociodemográfico e obstétrico desenvolvido pelos autores para a presente pesquisa. O segundo instrumento utilizado foi a Escala de Bem-estar Materno em Situação de Parto (BMSP2), cuja primeira versão foi desenvolvida em 2008, no Chile. A segunda versão do questionário foi adaptada para a cultura e língua brasileira, em 2013, sendo validada no mesmo ano.[15]

Esta escala foi escolhida pois é abrangente e contempla diversos fatores que podem interferir na satisfação das mulheres com a experiência do trabalho de parto e o parto. Se trata de um questionário autoaplicável que possui 47 questões divididas em 7 domínios: Qualidade do relacionamento durante o cuidado (13 itens); Autocuidado e conforto (9 itens); Condições que propiciam o cuidado mãe e filho (4 itens); Cuidado despersonalizado (6 itens); Participação familiar contínua (4 itens); Cuidado oportuno e respeitoso (6 itens) e Ambiente físico confortável (5 itens). Todas as questões são do tipo likert e podem ser classificadas em uma escala decrescente que varia de 5 a 1, conforme se segue: 5: “concordo totalmente”, 4: “concordo”, 3: “não concordo nem discordo”, 2: “discordo” ou 1: “discordo totalmente”. Por meio do escore total do instrumento é possível explorar o bem-estar materno em três níveis: ótimo (pontuação > 200); adequado (pontuação entre 183 e 200) e mal-estar (pontuação < 183).

As puérperas foram abordadas no leito da unidade de internação do Alojamento Conjunto e informadas sobre os objetivos e metodologia do trabalho. Em caso de aceite, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para ciência e assinatura. Após o esclarecimento de todos os detalhes, o questionário sociodemográfico foi aplicado pela pesquisadora e a Escala de Bem-estar Materno em Situação de Parto foi entregue à puérpera para autopreenchimento, sendo devolvido à pesquisadora imediatamente após a sua conclusão. A pesquisa seguiu as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº 4.168.051/2020).

A descrição das variáveis qualitativas foi realizada por meio do cálculo de frequências e porcentagens. Paras as variáveis quantitativas, foram calculadas medidas de tendência central e dispersão. Para as comparações envolvendo a via de parto e as demais variáveis qualitativas com duas categorias em relação aos escores do instrumento para avaliação do bem-estar/satisfação foi aplicado o teste t de Student não pareado ou o teste de

Mann-Whitney[16], de acordo com a distribuição dos dados. A distribuição dos dados foi avaliada por meio do teste de Shapiro-Wilk.[16] Para as comparações envolvendo variáveis qualitativas com mais de duas categorias em relação aos escores do instrumento para avaliação do bem-estar/satisfação foi aplicado o modelo Anova ou o teste de Kruskal-Wallis[16]. As correlações entre as variáveis quantitativas e os escores do instrumento para avaliação do bem-estar/satisfação foram avaliadas por meio do coeficiente de correlação de Pearson ou Spearman[16].

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A amostra do estudo foi constituída de 128 puérperas, com idade média de 30 anos, variando de 18 a 44 anos, e idade gestacional média de 38 semanas e 3 dias. Com relação à estratificação de risco gestacional, 72,7% (n=93) era de risco habitual. A média de anos de estudo foi de 10 anos, variando de 5 a 18 anos. Um pouco mais da metade das participantes, 51,6% (n=66) eram solteiras; 72,6% (n=93) auto referiram cor de pela parda; 46,8% (n=60) possuíam emprego formal remunerado e 40,6% (n=52) possuíam renda familiar entre um a dois salários mínimos.

Sobre a assistência pré-natal, 96% (n=122) realizou o acompanhamento pré-natal, com média de 9 consultas. Curso preparatório para o parto durante a gestação foi realizado por 7,81% (n= 10) das puérperas.
Com relação à assistência ao parto, 54,7% (n=70) demonstrou intenção prévia pelo parto vaginal; 58,6% (n=75) não realizou plano de parto; 12,5% (n=16) afirmou ter a presença da doula; 92,9% (n=119) contou com a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto; 100% (n=128) das gestantes tiveram a presença de um acompanhante durante o parto. A infusão de soro com ocitocina ocorreu em 32% (n=41) dos partos e a episiotomia foi realizada em 34,3% (n=22) dos partos normais. Segundo as participantes do estudo, 91,4% (n=117) não apresentaram intercorrência no parto e 96,8% (n=124) dos bebês nasceram saudáveis.

Em relação a experiência do parto vivenciada, 62,5% (n=80) a classificou como sendo ótima e 37,5% (n=48) como adequada. Quanto ao uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, 32,81% (n=42) não utilizou nenhum método. Dentre as que fizeram uso, 62,5% (n= 80) utilizou o banho de chuveiro, 22,6% (n= 29) a deambulação, 44,5% (n= 57) a bola suíça e 39% (n= 50) utilizaram técnicas de respiração.

O escore médio de satisfação das participantes foi 208,7, variando no intervalo de 167 a 235 pontos, o que indica ótima satisfação com a experiência de parto (> 200 pontos). Para cada um dos domínios, é pontuado um valor que se refere à satisfação da participante. A Tabela 1 apresenta o escore de satisfação para cada um dos domínios da Escala e na Tabela 2 são apresentadas as pontuações para cada domínio do instrumento.

Tabela 1 – Escore de Satisfação de acordo com a Escala de Bem-estar Materno em Situação de Parto (BMSP2). Campinas, SP, Brasil, 2022. (n=128)

Domínio	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Qualidade do relacionamento durante o cuidado	60,71	5,58	47,00	56,00	63,00	65,00	65,00
Autocuidado e conforto	37,77	6,37	19,00	34,00	38,00	43,00	45,00
Condições que propiciam o cuidado mãe e filho	17,21	4,10	4,00	17,00	19,00	20,00	20,00
Cuidado despersonalizado	25,45	4,20	14,00	24,00	26,00	28,00	30,00
Participação familiar contínua	16,74	3,39	9,00	15,00	17,00	20,00	20,00
Cuidado oportuno e respeitoso	27,67	2,75	20,00	26,00	29,00	30,00	30,00
Ambiente físico confortável	22,61	2,20	17,00	21,00	22,00	25,00	25,00
BMSP - Total	208,16	19,75	167,00	192,00	215,00	225,00	235,00

Tabela 2 - Pontuação e significado para cada domínio da BMSP. São Paulo, SP, Brasil 2013.

Domínios	Pontuação Mínima e Máxima	Mal-estar	Ótimo Bem-Estar
Qualidade do relacionamento durante o cuidado	13-65	13	65
Autocuidado e conforto	9-45	9	45
Condições que propiciam o contato mãe e bebê	4-20	4	20

Cuidado despersonalizado	6-30	6	30
Participação familiar contínua	4-20	4	20
Cuidado oportuno e respeitoso	6-30	3	30
Ambiente físico confortável	5-25	5	25

O nível de satisfação e bem estar materno pontuado neste estudo através da aplicação da escala BSMP2 das mulheres que tiveram parto vaginal foi 207,80 e as que tiveram cesariana foi de 208,52. Quando comparada a satisfação materna entre os diferentes tipos de parto, não foi identificada diferença estatisticamente significativa (p=0,9316). Esse dado é semelhante ao encontrado em um estudo realizado com 181 puérperas de um hospital de ensino da região de Campinas-SP.[18] Neste estudo, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas de satisfação no comparativo entre os tipos de parto realizado, fossem eles normais, cesarianos ou com utilização de fórceps.[18] Entretanto, o mesmo artigo citado desenvolveu uma comparação entre o nível de satisfação das mulheres relacionando o tipo de parto obtido e o tipo de parto desejado. Este estudo encontrou diferença estatisticamente significativa, sendo mulheres que tiveram suas expectativas frustradas não obtendo a via de parto que desejavam tiveram um nível de satisfação inferior àquelas que obtiveram a via desejada.[18] Esse resultado diverge do encontrado no presente artigo, onde não foram identificadas diferenças significativas entre a satisfação das mulheres ao obter ou não a via de parto desejada (p=0,4480). Mulheres que não obtiveram a via de parto desejada (n=26) tiveram média na escala BSMP2 igual a 210,77 enquanto as que obtiveram a via de parto desejava (n=102) pontuaram 207,49.

A comparação entre os níveis de satisfação da mulheres com o parto entre as mulheres que realizaram ou não curso de preparação para o parto não pode ser realizada pois o número de puérperas participantes da pesquisa e que realizaram curso de preparação para o parto foi pequeno (n=10) inviabilizando a análise estatística.

Quando comparado o nível de satisfação entre mulheres que não utilizaram métodos não farmacológicos para alívio da dor e as que utilizaram 1 ou mais métodos, também não não obtivemos diferença estatisticamente significativa (p=0,4034), sendo que mulheres que não utilizaram nenhum método obtiveram escore igual a 205,67 e mulheres que utilizaram 1 ou mais métodos obtiveram escore de 209,37. Apesar de não encontrar estudos que comparem diretamente a satisfação materna com o parto ao uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, a utilização de métodos de alívio da dor são amplamente recomendados na literatura[1-5], com boa aceitação por parte das mulheres. Um estudo realizado com 103 parturientes apontou satisfação de 95,2% das participantes com o emprego destes métodos, sendo o banho com água morna apontado como o melhor método, seguido dos exercícios respiratórios de relaxamento e da massagem lombossacral.[19]

CONCLUSÃO:

Este estudo apontou uma alta satisfação das mulheres com sua experiência de parto. Não houve diferença estatisticamente significativa com o nível de satisfação e bem-estar entre as mulheres que tiveram parto normal ou cirurgia cesariana, sendo que as mulheres que passaram por uma cesaria tiveram um pontuação superior. Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as que utilizaram métodos de alívio não-farmacológicos para dor ou entre as que vivenciaram o tipo de parto não esperado. Outros cruzamentos estatísticos serão realizados, incluindo as variáveis sociodemográficas, para que a temática da satisfação com a experiência com o parto seja avaliada de outras perspectivas.

BIBLIOGRAFIA

1. Brasil. Ministério da saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto. 2017. [acesso em 06 out 2019]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
2. Maldonado MTP. Psicologia da gravidez. 1.ed. Petrópolis,RJ: Jaguatirica Digital; 2013.[acesso em 15 set 2019]. Disponível em

https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=k2aqCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&ots=qUkBjEDHwf&sig=tVzgZ1fm7a0AJl3oNvHYT_SXKok&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

3. Donelli TMS. O parto no processo de transição para a maternidade. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Psicologia] - Instituto de Psicologia da UFRGS;2003.
4. Castilho AS. O resgate do parto normal: as contribuições de uma tecnologia apropriada. Florianópolis. Dissertaçao de mestrado [Mestre em assistência de enfermagem] – Universidade federal de Santa Catarina. 2000
5. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. [internet]. 2018; [cited 2020 Mar 21]; Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/
6. Silva RCF, Souza BF, Wernet M, Fabbro MRC, Assalin ACB, Bussadori JCC. Satisfação no parto normal: encontro consigo. Rev Gaúcha Enferm [internet]. 2018; [acesso em 16 mar 2020]; 39. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170218.
7. Fowler G, Patterson D. Use of maternity surveys in improving the care experience – a review of the evidence. British Journal of Midwifery [internet]. 2013; [cited 2020 Mar 21]; 21(6). DOI: https://doi.org/10.12968/bjom.2013.21.6.410
8. Blazquez RA, Corchon S, Ferrandiz EF. Validity of instruments for measuring the satisfaction of a woman and her partner with care received during labour and childbirth: Systematic review. Midwifery [internet]. 2017; [cited 2020 Mar 21]; 55: 103-12. DOI: https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.014.
9. McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, Farrell T, Flood M, Shafiei T et al. The effect of primary midwife-led care on women's experience of childbirth: results from the COSMOS randomised controlled trial. BJOG [internet]; 2016; [cited 2020 Mar 21]; 123 (3): 465–74. DOI: https://doi.org/10.1111/1471-0528.13713.
10. Larkin P, Begley CM, Devane D. Not enough people to look after you': an exploration of women's experiences of childbirth in the Republic of Ireland. Midwifery [internet]. 2012; [cited 2020 Mar 21]; 28(1): 98-105. DOI: https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.11.007.
11. World Health Organization. WHO. Prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth [Internet] 2014. [cited 2020 Mar 24]. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/en/
12. Mocumbi, S, Högberg U, Lampa, E. et al. Mothers' satisfaction with care during facility-based childbirth: a cross-sectional survey in southern Mozambique. BMC Pregnancy Childbirth [internet]. 2019; [cited 2020 Mar 21]; 19 (1): 303. DOI: https://doi.org/10.1186/s12884-019-2449-6.
13. Mehata S, Paudel YR, Dariang M, Aryal KK, Paudel S, Mehta R, King S, Barnett S. Factors determining satisfaction among facility-based maternity clients in Nepal. BMC Pregnancy Childbirth. [internet]; 2017 [cited 2020 Mar 21]; 17(1):319. Available from: https://doi.org/10.1186/s12884-017-1532-0.
14. Tocchioni V, Seghieri C, De Santis G, Nuti S. Socio-demographic determinants of women's satisfaction with prenatal and delivery care services in Italy. Int J Qual Health Care. [internet]; 2018; [cited 2020 Mar 21]; 30(8):594–601. DOI: https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy078.
15. Lopes F, Junior NC, Nakamura MU, Nomura RMY. Psychometric properties of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale cross-culturally adapted to Brazilian Portuguese. J Mater Fetal Neonatal Med [internet]. 2019; [cited 2020 Mar 21]; 1476-4954. DOI: https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1660763.
16. Pagano M, Gauvreau K. Princípios de Bioestatística, Ed. Thomson, São Paulo, 2004.
17. Bacha AM, Grassiotto OR, Cacique DB, Machado HC, Carvasan GAF, Souza CAB. Parto normal ou cesárea: a influência do tipo de parto desejado na satisfação materna quanto à assistência hospitalar ao nascimento. [internet]. 2017 [cited 13 julho 2022] Disponível em <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/9/25>
18. Hanum SP, Mattos DV, Matão MEL, Martins CA. Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto:efetividade sob a ótica da parturiente. Rev enferm UFPE on line. 2017: 11(Supl. 8):3303-9, [cited 13 julho 2022] DOI: 10.5205/reuol.11135-99435-1-ED.1108sup201715