



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO-UFMA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

SATISFAÇÃO DA MULHER EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA AO PARTO

LEONICE DOS SANTOS PAIVA

Imperatriz/MA
2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO-UFMA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

SATISFAÇÃO DA MULHER EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA AO PARTO

Leonice dos Santos Paiva

Orientador (a)
Prof^a Esp. Euzamar de Araújo Silva Santana

Imperatriz/MA
2017

LEONICE DOS SANTOS PAIVA

SATISFAÇÃO DA MULHER EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA AO PARTO

Trabalho de Conclusão de Curso na Modalidade de Artigo Científico apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão-UFMA, para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.
Orientadora: Prof^a Esp. Euzamar de Araújo Silva Santana.

Nota atribuída em: ____ / ____ / ____

BANCA AVALIADORA

Prof.^a Esp. Euzamar de Araújo Silva Santana (orientadora)
Universidade Federal do Maranhão-UFMA

Prof.^a Dr.^a Adriana Gomes Nogueira Ferreira (1^a examinadora)
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Prof.^a Esp. Maricélia Tavares Borges Oliveira (2^a examinadora)
Universidade Federal do Maranhão – UFMA
Unidade Regional de Saúde Imperatriz

SATISFAÇÃO DA MULHER EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA AO PARTO

Satisfaction of woman in relation the assistance to childbirth

Leonice dos Santos Paiva¹
Euzamar de Araújo Silva Santana²

RESUMO

A importância da humanização na hora do parto é assunto cada vez mais discutido por diferentes órgãos e instituições, decorrentes de atitudes desrespeitosas por parte de alguns profissionais da equipe de saúde em relação à parturiente. O estudo teve como objetivo avaliar a satisfação da mulher em relação à assistência ofertada no momento do parto. Estudo descritivo de abordagem quantitativa realizado em uma maternidade pública do interior do Maranhão. Participaram da pesquisa mulheres que se encontravam internadas na maternidade, do 2º ao 7º dia pós-parto e que estavam física e mentalmente aptas a responderem o questionário e a entrevista. Foram excluídas mulheres com parto realizado em outras instituições de saúde e mulheres com idade inferior a 18 anos. A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2016 e fevereiro de 2017 através de questionário e entrevista semiestruturados, após apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, por meio de uma abordagem direta. Para análise dos dados quantitativos foi utilizada a planilha eletrônica do programa Microsoft Excel 2010, Word, Stata 12.0, e a análise qualitativa foi por meio da análise categorial seguindo a linha de pensamento de Bardin. A amostra foi constituída por 40 puérperas com idade entre 18 a 45 anos. Dessas, 30% eram primíparas, 70% múltiparas, com predomínio de parto vaginal. As mulheres relataram satisfação quanto acolhimento, condições físicas da maternidade, porém em relação aos cuidados durante o processo de parturição demonstraram-se insatisfeitas. Foi possível verificar a atuação da equipe de saúde na prestação da assistência e também avaliar o grau de satisfação da mulher em relação à assistência ofertada no parto, correlacionando com a humanização, através das práticas úteis que devem ser incentivadas pelo Ministério da Saúde (MS) e estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Palavras-chave: Assistência ao parto. Humanização do parto. Satisfação dos usuários.

1. INTRODUÇÃO

Cada parto tem sua individualidade e evolui de forma diferenciada, o que nos leva a atentar para as possíveis complicações, como, problemas envolvendo a dilatação, parto prematuro, sofrimento fetal causado pelo prolapso do cordão umbilical e a posição do feto ou situação podendo evoluir para distorcia.

Em alguns casos, diante de complicações na hora do parto, profissionais adotam condutas que podem contribuir para que o parto se torne um momento traumático, dentre elas está a violência obstétrica que se constitui na imposição de intervenções danosas à

1 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, MA - Brasil. E-mail: belamorenabrt@hotmail.com

2 Enfermeira. Esp. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz/ MA - Brasil. E-mail: euza_rio@hotmail.com

integridade física e psicológica das mulheres, negando sua autoridade moral e ética para decidir sobre seu próprio corpo (OMS,2014).

Diante disso, dentre as preocupações da Organização Mundial da Saúde (OMS) estão, a desvalorização do parto normal, a relação entre profissional de saúde e paciente na hora do parto e a valorização das tecnologias de intervenção, pois tais eventos apresentam estatísticas de desrespeito à mulher no momento importante de sua vida que é o nascimento do filho, o que nos remete a uma reflexão de como deve ser prestado este atendimento e que possamos provocar mudanças nas práticas de saúde (OMS,2014).

A violência institucional na atenção obstétrica, também chamada de violência obstétrica, é a agressão cometida contra a mulher grávida e sua família em instituições de saúde, desde o atendimento pré-natal até o momento do parto ou aborto, esta pode ter característica: verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e ser expressa de maneira direta ou indireta. Geralmente a violência obstétrica está veiculada a preconceitos de gênero (sexismo), que pode ser praticada em muitos casos, por pessoas do mesmo sexo (BRASIL, 2011).

Antigamente o processo de parturição era visto como um mistério que marca a gestação de uma mulher eo parto era considerado como um processo instintivo animal, onde a mulher se isolava para “ dar à luz” sem qualquer assistência ou cuidado advindo de outras pessoas. No decorrer da história surge uma nova forma de assistência, onde o trabalho de parto passa a ser acompanhado pelas mulheres da família, auxiliadas por parteiras mais experientes (BRENES, 2005).

O período gravídico passava a ser acompanhado com muita atenção, pois todos temiam o momento do parto e torciam pelo mesmo transcorrer de maneira satisfatória tanto para a mãe quanto para o bebê. Caso contrário, o nascimento da criança poderia oferecer sérios riscos e transformar-se numa experiência traumática e dolorosa (MILBRAT, et. al. 2010).

No século XVII ocorreu uma grande transformação na obstetrícia: a introdução dos cirurgiões na assistência ao parto, pois ainda não existia a obstetrícia e a ginecologia como especialidade médica. Quando o parto se complicava as parteiras recorriam, na maioria das culturas, ao homem, inicialmente Shamans, padres ou rabinos e mais recentemente aos barbeiros-cirurgiões e finalmente aos médicos. A presença masculina no parto não era vista com bons olhos pelos presentes, pois dava indícios que algo ia mal. Somente mais tarde, os médicos foram assumindo o controle da assistência ao parto (PETER, 2005).

Nos últimos anos, tem se buscado uma definição para o que se considera “parto normal”, tendo em vista que ele engloba vários fatores e aspectos tais como: biológicos, psicológicos e religiosos (BEZERRA; CARDOSO, 2006). A partir de cada ponto de vista, ele é representado de maneira diferente.

De acordo com Souza (2011) o parto é um momento particular para mulher, feto e família, que envolve uma gama de sentimentos tais como: ansiedade, medo, insegurança e preocupação. Para que ele marque positivamente a mulher é essencial que seja prazeroso e tranquilo. Apesar de este acontecimento ser fascinante, envolvente e sublime, para algumas mulheres, pode tornar-se um momento traumático e de muito sofrimento, acarretando consequências e sequelas graves que a mulher carregará consigo por toda a vida (SANTOS et.al,2012).

Para Gonçalves (2011) o parto é o momento do nascimento do bebê vai além da expulsão do conceito, pois o nascimento tem papel central na reprodução e preservação da espécie humana, merecendo uma assistência mais acolhedora e humanística de modo ao correr sem intercorrências, obedecendo a um mecanismo fisiológico.

O Ministério da Saúde (MS) criou através da Portaria/GM 569/2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) que, tem como objetivo primordial assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (MS, 2010).

Ao termo “humanização” cabe diversas interpretações. A qualidade de “humano” em nossa cultura quase sempre se refere à ideia arraigada na moral cristã de ser bom, dócil, empático, amável e de ajudar ao próximo. Assim, humanizar é respeitar a mulher e sua família nos diversos aspectos: culturais, individuais, psíquicos e emocionais (MORAES, 2006). De igual modo, humanizar o parto consiste na adoção de ações que possibilite tranquilidade e segurança ao parto e nascimento, respeitando o processo natural com o menor índice de intervenções possíveis, evitando riscos para o binômio OMS (2014).

Pensando nisso, outra estratégia do MS foi a Rede Cegonha, criada em março de 2011, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.459/2011 que visa o enfrentamento da violência obstétrica, da mortalidade materna e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, desenvolvendo ações que permitam o aumento e qualificação a esse acesso em relação ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada ao pré-natal, parto e puerpério (MS, 2011).

Desse modo, tais ações políticas podem provocar uma mudança significativa na forma de pensar e atuar, deixando claro sobre a garantia dos direitos de uma assistência efetiva, que dão novos sentidos à questão da assistência à mulher na hora do parto e com isso vencer gradativamente os desafios influenciados pelo modelo organizacional e melhoria na relação mulher e profissional de saúde.

Para que as mulheres possam dispor dessa comodidade na assistência, é primordial que ela esteja amparada por uma equipe de saúde capacitada e que possa atender todos os requisitos, respeitando a individualidade e complexidade de cada parto (MS, 2010).

A enfermagem tem um papel fundamental na humanização do parto, pois a ela compete o ato de cuidar, de prestar uma assistência qualificada, de compreender a gestante de forma integral, como alguém que necessita de carinho e atenção e de acolher à mulher e seus familiares nesse momento tão sublime, preparando a futura mamãe física e psiquicamente para receber seu bem maior, o filho e assim, contribuindo para o bem-estar de ambos, antes, durante e após o parto.

Por vezes os noticiários apontam a falta de respeito por parte de alguns profissionais de saúde ao assistirem à mulher, evidenciando um descaso com a mesma, não levando em consideração a sua opinião e até contrariando-a.

Esses acontecimentos divulgados na mídia passam a ser discutidos em âmbito internacional, e acabam de certo modo, viabilizando políticas públicas voltadas para a melhoria deste atendimento, o que contribui para a mudança de comportamento provocando uma reflexão e objetivando uma prestação de assistência à mulher de forma humanizada.

Diante desse contexto procuramos entender como é ofertada essa assistência à mulher no momento do parto e se está de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (MS), este estudo buscou avaliar a satisfação da mulher em relação ao atendimento prestado pelo Hospital Materno Infantil de Imperatriz- MA durante o trabalho de parto, parto e puerpério, propondo uma assistência diferenciada à parturiente em uma visão holística e mais humanizada.

Neste sentido, o presente estudo nos permitiu refletir sobre o cuidado ofertado a partir do olhar da mulher, enfocando a assistência como prática para a humanização, respeitando à individualidade da mulher, a escuta ativa, o bem-estar físico e emocional, métodos não farmacológicos e não invasivos, liberdade de posição, a valorização das crenças e da comunicação, contato pele-a-pele com o bebê e tornando a mulher protagonista no processo de parturição.

Compreender a percepção das mulheres em puerpério acerca do cuidado oferecido pela maternidade é essencial, pois através das boas práticas podemos incitar o protagonismo da mulher, amparado nas disposições sobre os serviços de saúde, redução do uso de intervenções desnecessárias e ao respeito ao direito à presença de acompanhante ao longo de todo o processo de parturição e nascimento.

Portanto a atenção ao parto deve compreender o que é preconizado pelo MS, a partir de dois aspectos essenciais: o dever das unidades de saúde em acolher com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido; e o fazer uso de medidas e procedimentos benéficos ao binômio evitando intervenções desnecessárias, tendo em vista que o cuidado pode repercutir de forma positiva ou negativa na experiência reprodutiva da mulher, do recém-nascido, do homem, da família e sociedade.

2. METODOLOGIA PROPOSTA

Estudo descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa e qualitativa, partindo da percepção da assistência ofertada pela equipe de saúde no processo de humanização do trabalho de parto, parto e puerpério, bem como os sentimentos manifestados pela parturiente. Para Andrade (2005), na pesquisa descritiva, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados sem que o pesquisador manipule ou interfira neles.

O estudo se desenvolveu no Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA, unidade de referência na assistência à mulher em trabalho de parto de baixa, média e alta complexidade para a população de Imperatriz-MA e alta complexidade para a Macrorregional de Saúde Imperatriz e alguns municípios adjacentes dos estados do Pará e Tocantins, realizando atendimento em tempo integral às usuárias do Sistema Único de Saúde – SUS.

A amostra foi constituída por 40 mulheres que se encontravam internadas no Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz - MA, do 2º ao 7º dia pós-parto e que estavam física e mentalmente aptas a responderem o questionário e a entrevista. Foram excluídas mulheres com parto realizado em outras instituições de saúde e mulheres com idade inferior a 18 anos.

A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2016 e fevereiro de 2017 e como instrumentos de coleta dos dados foram utilizados um questionário, com perguntas fechadas

sobre a satisfação da mulher e uma entrevista com perguntas abertas, ambos semiestruturados. A entrevista foi gravada e posteriormente transcrita na íntegra.

O estudo foi apresentado aos responsáveis da Instituição. Na sequência os escolhidos para participarem da pesquisa foram informados sobre o objetivo da mesma e convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando a Resolução CNS 466/2012, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão – CEP/UFMA, através da Plataforma Brasil.

Para a análise dos dados quantitativos utilizamos a planilha eletrônica do programa Microsoft Excel 2010, Word para elaboração de tabelas e gráficos e Stata 12.0 para o cálculo do percentual do nível de satisfação das parturientes, quanto à assistência durante o trabalho de parto.

Para a análise qualitativa dos dados seguimos a linha de pensamento de Bardin (2011), que conceitua a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam à descrição de conteúdo das mensagens permitindo a inferência às condições de produção ou recepção.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram entrevistadas 40 mulheres no pós-parto, com idade entre 18 e 45 anos. Todas as pacientes são maiores de 18 anos, com partos realizados no HRMI, entre o segundo e o sétimo dia pós-parto, que apresentaram condições clínicas e psíquicas favoráveis para responder os questionamentos e que aceitaram participar da pesquisa bem como assinaram o TCLE.

Como resultado o presente estudo apresentou os dados sociodemográficos, o histórico obstétrico e a seguir as demais categorias e subcategorias temáticas que emergiram. Os resultados serão discutidos de acordo com as descrições das puérperas entrevistadas referentes às suas vivências em trabalho de parto, parto e pós-parto desde o momento em que foram admitidas no hospital até o nascimento de seu filho.

O perfil sociodemográfico foi elaborado a partir dos dados coletados e submetidos à análise temática no sentido de investigar as condições sociodemográficas de cada uma delas. Durante o processo de parturição, buscou-se compreender as variáveis relacionadas à idade que estão subdivididas em 02 faixas etárias, a escolaridade que compreende a série que a

entrevistada cursou em determinado ano, o estado civil de acordo com que a lei determina, a profissão e a função exercida por cada uma e pôr fim a religião descrita por elas a partir do que elas entendem como religião.

3.1 Dados sociodemográficos

As entrevistadas situavam-se na faixa etária de 18 a 45 anos. O nível de escolaridade predominante foi ensino médio completo 43%. A maioria das mulheres declararam-se casadas, 50% da amostra; as demais são solteiras 28% ou vivem com companheiro 22%. Quanto às profissões, a maioria possuía emprego fixo 45%; 45% declaram ser do lar e 10% doméstica sem registro na carteira de trabalho. Quanto à religião a maioria se declarou católica 58%, 30 % evangélica e 12% se declararam sem religião.

Segundo Aquino e colaboradores (2003), em estudo no Brasil, afirmam que os principais fatores relacionados à gravidez na adolescência observados foram: baixa escolaridade, ausência de consultas ginecológicas prévias e falta de acesso aos métodos anticoncepcionais. No âmbito escolar se tem acesso a inúmeras informações de extrema relevância tais como: orientações sobre sexualidade, vida reprodutiva, cuidados de saúde e métodos de contracepção que uma vez adotadas contribuem com o processo de parturição.

Com relação ao estado civil, podemos considerar um resultado positivo, pois a maioria das participantes está incluída em um ambiente familiar, com relacionamento estável, podendo contar com o apoio significativo de um companheiro ou marido, um fator contribuinte para o bem-estar do binômio durante o ciclo gravídico-puerperal.

Quanto à profissão 45% referiram ter emprego fixo e dentre as ocupações declaradas estão: vendedora, agente administrativo, caixa e outras.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) apesar das mulheres terem menor participação do que os homens no mercado de trabalho houve um crescimento evidente, pois em referência a pesquisa de 2010, consta que 43,9% das mulheres com dez anos ou mais de escolaridade estavam empregadas, sendo que se comparada a dez anos atrás, essa proporção não passava dos 35,4%.

A mulher cada vez mais, vem se destacando na sociedade repercutindo no aumento da empregabilidade e conquistando direitos assegurados por lei, como: licença-maternidade, salário-maternidade e licença amamentação, conforme prevista na Consolidação das Leis Trabalhista, que são importantes para sua independência financeira e segurança pós-parto (SOUSA, 2012).

De acordo com a religião a maioria denominou-se católica, portanto a influência da religião e da religiosidade no processo de parturição se remete a questão das que afirmaram ter uma religião, tendem a ter filhos em idade adequada e aparentar segurança e, tranquilidade em relação ao momento do parto e pós-parto enquanto as que afirmaram não ter religião tiveram filho mais cedo e apresentaram um certo medo no momento do parto e pós-parto, confirmado em estudos, que o envolvimento religioso está diretamente associado a melhoria da saúde, promovendo um bem estar psicológico (MOREIRA, 2006).

Além dos dados sociodemográficos, outro fator importante para avaliarmos são os dados obstétricos e as possíveis variáveis tais como: paridade, tipos de parto e números de filhos.

3.2 Dados obstétricos

O perfil das puérperas sobre a paridade é constituído por primíparas e multíparas em situação de risco uma vez que todas as entrevistadas apresentaram complicações gestacionais apesar de terem aderido ao pré-natal. Quanto ao tipo de parto observamos que a maioria 65% das mulheres tiveram parto normal, enquanto 35% tiveram parto cesárea.

Segundo a OMS (2011) o Brasil é líder em cesáreas. Em 1985, a taxa ideal de cesáreas para o Brasil seria de 10% a 15% dos partos, nos entanto, os dados evidenciam uma taxa de 53,7 %, considerada a maior do mundo. O aumento na taxa de cesáreas pode está relacionado à medicalização do parto onde os responsáveis são os médicos e aos hospitais fazendo-se necessária uma mudança nessa cultura.

Quanto ao número de filhos nascidos vivos 30% das mulheres afirmaram ter 01 filho, enquanto 45% afirmam ter 02 filhos, 22% dizem ter 03 filhos e apenas 03% afirmam ter perdido seu bebê com 34 semanas (natimorto).

O Programa Rede Cegonha no sentido de garantir um atendimento de qualidade às mulheres, incentiva a visita prévia à unidade de referência para o parto e para alto risco, objetivando dar mais tranquilidade às futuras mães, assim elas podem conhecer o ambiente onde será realizado o parto e ainda podem tirar suas dúvidas, tornando assim o parto mais humanizado.

Entretanto notamos que muitas mulheres migram de outros municípios para encontrar um serviço de saúde no momento do parto, o que vai contra toda a política de humanização que garante a gestante atenção progressiva, continuada e acessível no sentido de evitar a peregrinação na hora do parto (BRASIL, 2011).

3.3 Percentual de satisfação com o acolhimento na unidade

Sobre a categoria: **Acolhimento**, subcategoria: satisfação com o acolhimento durante a chegada na maternidade, a maior parte das entrevistadas considerou satisfatório o atendimento, 40% das mulheres considerou bom, enquanto 25% afirmaram que foi ótimo, 23% mulheres declararam regular e 12% acharam ruim a forma como foram recebidas ao adentrarem ao hospital.

Percebemos que ainda não há um grau de satisfação adequado e que precisa ser melhorado esse acolhimento, pois na perspectiva da integralidade do cuidado o acolhimento é essencial na prestação do atendimento e na construção de vínculo com o paciente assim como preconizado pelo MS (2011). Destacamos algumas falas das mulheres que não se sentiram acolhidas em relação a que se sentiram acolhidas:

“Ruim, cheguei ao hospital na hora do almoço, demorou uma hora para que as funcionárias chegassem e para que eu fosse atendida”. (Letra T: 32 anos)

“Regular, demorei demais esperando a moça me colocar pra dentro do hospital”. (Letra D: 29 anos)

“Ótimo, mas assim demorei um pouco lá fora, mas depois fui bem atendida”. (Letra N: 45 anos)

Dias (2010) em seu estudo ressalta que a principal dificuldade das gestantes ao procurarem o hospital na hora do parto, é a falta de acesso aos serviços no tempo necessário, o que pode repercutir em complicações no parto.

O acolhimento é a condição de dignidade e respeito à gestante e ao seu filho, um direito que o binômio tem garantido e que deve ser assegurado por todos os profissionais de saúde (BRASIL, 2011).

A estrutura física é essencial para a realização das atividades de cuidado e assim como a estratégia de acolhimento vem sendo estimulada por meio da política de humanização, dessa forma a ambiência deve estar adequada às especificidades da atenção ao parto e nascimento humanizados.

3.4 Satisfação em relação às condições físicas da maternidade.

Sobre a Categoria: **Ambiência**, subcategoria satisfação sobre as condições físicas da maternidade, 23% afirmam que a maternidade está em ótimas condições físicas, enquanto

35% afirmam está boa, 27% consideram regular e apenas 15% consideram ruim. Algumas falas dão sustentação à nossa discussão:

“Boa, mas essa central fica pingando dentro do quarto e em vez de eu colocar o bebê aqui ao lado, tenho que colocar em frente a passagem pro banheiro, porque senão vai molhar meu filho”. (Letra S, 35 anos)

“Ruim, esse ventilador aqui não liga”. (Letra A, 24 anos)

“Ótimo, achei tudo lindo, o hospital tem até central de ar de onde eu vim não tem é nada”. (Letra J, 19 anos)

“Ruim, eu acabei de ter meu bebê e passei mais de uma hora sentada numa cadeira esperando para ir para enfermaria”. (Letra D, 28 anos)

“Regular, porque tive meu bebê, ele ficou numa sala e eu no corredor sentado numa cadeira de plástico esperando desocupar uma cama”.

(Letra L, 32 anos)

Percebemos aqui que a maioria das entrevistadas consideraram as condições físicas da maternidade boa, entretanto, no decorrer da pesquisa as mesmas foram citando problemas com a estrutura física.

O Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, destaca a importância da ambiência para partos e nascimento, que deve garantir a privacidade, a dignidade e a autonomia da mulher ao parir em um ambiente mais acolhedor e confortável (BRASIL, 2008).

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) em detrimento da avaliação de serviços materno-infantis em relação às condições da estrutura da maternidade declararam que a maioria das maternidades no Brasil não estão de acordo com a regulamentação sanitária brasileira, recomendadas desde 1987 e que será um desafio mudar essa realidade.

Sabe-se que a condição da estrutura física da maternidade influencia na melhoria da qualidade do cuidado e as práticas profissionais, logo, estão ligadas à estruturação do sistema de saúde, obviamente depende da decisão do gestor, mas não poderíamos deixar de destacar que também são influenciados pelas ações da equipe, de modo que muitos autores defendem a importância da equipe nas decisões e com isso na melhoria da gestão de serviços de saúde (OMS, 2014).

Assim, para consolidação da humanização exige um comprometimento com a ambiência e com seus três eixos norteadores: construção de espaço que vise o conforto que abrange elementos modificadores e qualificadores do espaço, tais como a cor, o cheiro, o

som e a iluminação, à produção de subjetividades e que possa ser aproveitado como instrumento facilitador do processo de trabalho.

Portanto é importante que a instituição se adeque às normas estabelecida pelo MS, de acordo o que recomenda a Rede Cegonha no âmbito do SUS, para que se efetive de maneira eficaz a prestação de um serviço de qualidade e que os gestores promovam uma gestão participativa onde todos colaborem para uma atenção diferenciada trazendo o conforto e segurança que toda mulher merece enquanto cidadã brasileira e usuária desse serviço.

3.5 Expectativa do sentimento em relação ao parto e percepção do sentimento após a realização do parto

Na categoria: **Processo de Parturição**, avaliaremos na subcategoria a satisfação da puérpera em relação à expectativa em relação ao parto e percepção após a realização do parto na maternidade, assim para 10% das mulheres era ótima, 35% diziam ser boa, 40% consideravam regular e 15% consideravam ruim. Após a realização do parto 10% das mulheres afirmam que foi ótimo, 20% dizem que foi bom, 45% consideraram regular e 25% consideraram ruim. Ao correlacionar as informações percebemos que a maioria das mulheres relataram que ao iniciar o pré-natal intencionaram ter o parto normal, mas no decorrer da gestação surgiram complicações que as levaram ao alto risco na maternidade pesquisada. As expectativas frente ao parto nessa maternidade eram boas, no entanto, os dados nos mostram que houve uma mudança no grau de satisfação após o parto, confirmadas na maioria das falas a seguir:

“Ruim, pois o menino demorou para nascer tive que fazer uma cesárea (Letra K, 28 anos)

“Ruim, porque eu senti muita dor”. (Letra D, 21 anos)

“Ótimo, fui bem tratada. (Letra S, 35 anos)

“Regular, até que a enfermeira conversou comigo, perguntou se eu estava bem”. (Letra M, 28 anos)

A maioria das entrevistadas descreveu o parto como regular ou ruim envolvendo os sentimentos de dor, porém o que se destacou foi assistência prestada pela enfermeira, que caracteriza a preocupação do profissional com a parturiente que de acordo com a humanização do cuidado visa respeitar o direito da mulher à maternidade segura e prazerosa (OLIVEIRA; RODRIGUES; GUEDES, 2011).

A partir da análise da **Categoria Processo de Parturição** emergiram mais três subcategorias, que serão descritas a seguir: Participação nas decisões e medidas para o controle da dor; Importância do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto; e Preocupação com o estado de saúde durante a permanência na instituição e sobre ter outro filho nesta instituição.

3.6 Participação nas decisões e medidas para o controle da dor

Ao avaliar a participação nas decisões e medidas de controle da dor 20% afirmaram que foi ótimo, 43% afirmaram bom, 30% afirmaram regular e 7% afirmaram ruim.

No processo de parturição um dos principais cuidados é, com o manejo da dor, que pode ser realizado a partir de dois métodos: farmacológicos e não farmacológicos. O método não farmacológico corresponde à deambulação, fisioterapia (bola suíça), hidroterapia, massagens visando à prevenção do sofrimento, enquanto o farmacológico é feito por meio de medicamentos na tentativa de aliviar a sensação dolorosa (KLEIN, 2009).

As mulheres relataram medo em relação à dor e a identificam como intensa, porém suportável, compensada pelo prazer de ver o rosto de seu filho. Os relatos abaixo evidenciam uma diferença quanto à dor percebida por elas:

“Ótimo, eu até que não senti muita dor”. (Letra L, 23 anos)

“Ruim, eu senti muita dor, sofri muito”. (Letra D, 21 anos)

“Ruim, falei com a moça que estava com muita dor, ela disse que a fisioterapeuta não estava na maternidade”. (Letra B, 35anos)

A Política Nacional de Humanização recomenda a garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, portanto, é importante que a atenção à mulher seja qualificada e individualizada e a equipe de saúde, em especial o enfermeiro, deve estimular o uso seguro dos métodos de alívio da dor, respeitando a decisão das mães, para que o binômio usufrua de um momento tranquilo e saudável.

3.7 Importância do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto

Durante a internação a mulher apresenta fragilidade, sensação de medo e ansiedade, configurando-se um momento estressante em decorrência da preocupação com a evolução do seu estado de saúde ou por outros vários fatores como, a dor relacionada às contrações

uterinas, a insegurança quanto à assistência prestada pela a equipe de saúde e sobre quem vai lhe auxiliar nos cuidados com o bebê, de modo que a presença do acompanhante de escolha da mulher é de fundamental importância para minimizar tais sentimentos.

Buscamos avaliar a satisfação sobre a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, 33% mulheres consideraram ótimo, 38% consideraram bom, 20% consideraram regular, 10% consideraram ruim, o que é descrito nas falas a seguir:

“Ótimo, me senti segura com minha mãe ao lado”. (Letra T, 32anos)

“Ruim, queria que meu marido estivesse comigo na hora entrou minha sogra”. (Letra I, 24 anos)

“Bom, passa segurança, a gente não se sente só. (Letra A, 33anos)

“Bom, estava com medo e angustiada mas, quando vim eu marido aqui fiquei muito feliz. (Letra L, 21 anos)

“Ruim, meu esposo não pode assistir o parto”. (Letra D, 21 anos)

No âmbito do SUS, a Rede Cegonha considerando a Lei nº 11.108/05, garante às parturientes o direito de ter um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério. Observou-se que a presença do acompanhante foi essencial para o processo de parturição, pois permitiu que elas se sentissem seguras, calmas e amparadas, entretanto, percebemos que houve as que não puderam escolher seu acompanhante, e as que o acompanhante não pode assistir ao parto consideraram ruim a sua ausência.

Percebe-se que as instituições de saúde ainda apresentam inúmeras limitações físicas e estruturais que impossibilitam a presença do acompanhante, tais como espaços físicos compartilhados por várias mulheres de modo que para assegurar a privacidade de uma é necessário tirar o direito da outra ter o acompanhante, e a falta de roupas privativas em quantidade suficiente para que o acompanhante possa está com a parturiente em todos os ambientes, inclusive no bloco cirúrgico.

É relevante que as instituições criem estratégias para mudar essa realidade, pois desde a publicação da lei do acompanhante os hospitais e maternidades tiveram seis meses para se adequarem ao acolhimento das gestantes e seus acompanhantes assim, o prazo terminou em junho de 2006. A inserção de um acompanhante da escolha da parturiente e a permissão para que o acompanhante assista os períodos clínicos do parto são recomendações da OMS e referência para humanização do parto, é preciso respeitar suas decisões e valorizar a escolha da mulher para que tenha o conforto e a segurança que ela merece (OMS, 2014).

3.8 Preocupação com o estado de saúde durante a permanência na instituição e sobre ter outro filho nesta instituição

Ao serem questionadas sobre a preocupação com o estado de saúde nesta maternidade, 07% relataram que não tiveram preocupação e 93% relataram que ficaram preocupadas com seu estado de saúde.

Sobre ter outro filho na instituição 07 % declararam que não teriam outro filho enquanto 93% afirmaram que teria sim outro filho nesta instituição. O grau de satisfação com a instituição foi elevado, assim usuárias satisfeitas tendem a retornar ao serviço ou recomendá-lo para outra pessoa, exigindo reflexão sobre a responsabilidade dos serviços e melhoria na prestação destes cuidados.

As instituições devem realizar um atendimento de qualidade à mãe, ao recém-nascido e também à família da parturiente. Portanto, os estabelecimentos de saúde devem dispor de área física, equipamentos, material e equipe específica, pois a falta de estrutura adequada tende comprometer a qualidade da atenção. A preocupação das parturientes quanto ao seu estado de saúde e a não querer ter outro filho na maternidade, mesmo que em minoria, é indicativo da necessidade de reflexão e análise das práticas assistenciais, com vistas a melhorias na prestação dos serviços, possibilitando um atendimento resolutivo e acolhedor.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência prestada no Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz / MA é vista pelas puérperas entrevistadas como positiva, porém, a maioria dos discursos evidenciam um grau de satisfação bom em relação ao acolhimento, estrutura física e atenção durante o trabalho de parto, parto e puerpério não atingindo o grau máximo de satisfação. As características para mensurar um grau máximo de satisfação com a maternidade seriam satisfação em todas as categorias: acolhimento, ambiência e com os cuidados antes, durante e depois do parto.

As expectativas quanto ao sentimento sobre o parto, divergiram antese após o parto, sendo possível perceber uma falha na assistência prestada como, a demora ao realizar o parto cesárea, ficar horas sentadas numa cadeira ou maca após o parto à espera de leito e no controle da dor. Referente ao acompanhante no momento do parto ainda há uma restrição do

acesso ao centro cirúrgico, é importante valorizar a decisão da parturiente na escolha do acompanhante e permitir acompanhamento em todo o processo de parturição para ofertar mais segurança.

Apesar das limitações da instituição, deve-se incentivar a reflexão sobre as adequações necessárias para garantir a privacidade e autonomia da mulher, bem como o acesso do acompanhante de sua escolha. Estudos comprovam que a presença do acompanhante da escolha da paciente contribui para a diminuição do uso de medicações para alívio da dor e reduz a duração do trabalho de parto e o número de cesáreas, deste modo, as instituições devem estar preparadas e adequadas para essa nova postura de humanização (MS, 2011).

Quanto à estrutura física, os resultados reafirmam a importância da avaliação sobre as condições físicas da maternidade e a implementação de ambientes adequados à mulher e ao recém-nascido conforme recomendação do Ministério da Saúde.

A confirmação pela maioria das mulheres sobre a segurança quanto ao seu estado de saúde e sobre a possibilidade de ter outro filho na maternidade, caracteriza que as medidas adotadas pela equipe foram satisfatórias, o que corrobora para o bem-estar das mulheres, fazendo com que se sintam mais seguras e amparadas.

Assim, espera-se que esse estudo possa contribuir para uma reflexão sobre a melhoria da assistência, entendendo à mulher como ser biopsicossocial e ao mesmo tempo influenciar a atuação do enfermeiro e equipe de saúde em proporcionar um cuidado individualizado e humanizado, respeitando as limitações de cada uma delas, exigindo uma revisão de práticas cotidianas e melhoria na qualidade da assistência prestada à mulher, não só no período gravídico-puerperal como em toda a sua vida e que esteja sempre de acordo como preconizado pelo SUS.

SUMMARY

The importance of humanization at the time of childbirth is a subject increasingly discussed by different organs and institutions, due to disrespectful attitudes of some professionals of the health team in relation to the parturient. The objective of the study was to evaluate the satisfaction of the woman in relation to the care provided at the Maternal and Child Regional Hospital of Imperatriz - MA, at delivery. Descriptive study of a quantitative approach. The research was conducted at HRMI. Data were collected through a semi-structured questionnaire and interview, after approval of the Research Ethics Committee of the Federal University of Maranhão, through a direct approach. For the analysis of the quantitative data the spreadsheet of the program Microsoft Excel 2010, Word, Stata 12.0 was used, and the qualitative analysis was by means of categorical analysis following the line of thought of Bardin. forty women aged 18 to 45 participated. Of these, 30% were primiparous, 70%

multiparous, with predominance of vaginal delivery. The women reported satisfaction with the reception, physical conditions of maternity, but with regard to care during the parturition process, they were dissatisfied. It was possible to verify the performance of the health team in the provision of care and to evaluate the degree of satisfaction of the woman in relation to the assistance offered in childbirth, correlating with the humanization, through the useful practices that should be encouraged by the Ministry of Health, and established by the World Health Organization (WHO).

Keywords: Childbirth care. Humanization of childbirth. Usersatisfaction.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

AQUINO, E. M. L.; HEILBORN, M. L.; KNAUTH, D.; BOZON, M.; ALMEIDA, M. C.; ARAÚJO, J.; MENEZES, G. **Adolescência e reprodução no Brasil: A heterogeneidade dos perfis sociais**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 377-388, 2003.

BARDIN, L. (1977). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.

BARDIN L. **L'Analysedecontenu**. Editora: PressesUniversitaires de France, 2010.

BEZERRA, M. G. A.; CARDOSO, M. V. L. M. L. **Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto**. Revista Latino-americana deEnfermagem, Ribeirão Preto, v. 3, n. 14, p. 414-421, maio/jun.2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a16.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. (2008). Agência Nacional de Saúde Suplementar. **A epidemia do parto cesáreo**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/>. Acesso em 01 de maio de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização** Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 4ª ed. 4ª reimp. – Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf Acesso em 16/09/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Brasília; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde; **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**. Resolução nº 196/96 versão 2012. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf>. Acesso: 7 maio 2014.

BRENES, Anayansi Correa. **Bruxas, comadres ou parteiras: a obscura história das mulheres e a ciência; dos contornos do conflito parteiras e parteiros franceses**. Belo Horizonte, MG: COOPMED, 2005. 96 p.

Dias MD. **Histórias de vida: as parteiras tradicionais e o nascimento em casa.** Rev. eletrônicaenferm. 2010; 9(2): 476-488.

GONÇALVES, R; AGUIAR, A. C; MERIGH, B. A. M; JESUS, P. M. C. **Vivenciando o cuidado no contexto de uma cada de parto: o olhar das usuárias.** Revista Escola de Enfermagem USP, v.45; n.1; p. 62-70, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/09.pdf>Acesso: 20 de março de 2014.

IBGE, **Censo Demográfico 2010**/<http://www.ibge.gov.br>

KLEIN, V.C. **Reatividade a dor, temperamento e comportamento da trajetória de desenvolvimento de neonatos pré-termo até a fase pré-escolar.** 2009.241 f. Tese de (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

MORAES, I. G. S. et al. **Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 65-70, 2006.

MILBRATH, V.M.; AMESTOY, S.C.; SOARES, D.C.; SIQUEIRA, H.C.H. **Vivências maternas sobre a assistência recebida no processo de parturição.** Esc. Anna Nery. 2010, p.462-467. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a05.pdf> >. Acesso em: 28/11/2013. OLIVEIRA, A. S. S; RODRIGUES, D. P, GUEDES, M. V. C. **Percepção de puérperas acerca do cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto e parto.** Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 249-54, abr./jun. 2011.

MOREIRA, A.A. et al. **Religiosidade e saúde mental:** uma revisão. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, V. 28 (3), 242:250, 2006. Disponível em <www.scielo.br>. Acesso em: 13 set. 2007.

OLIVEIRA, A. S. S; RODRIGUES, D. P, GUEDES, M. V. C. **Percepção de puérperas acerca do cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto e parto.** Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 249-54, abr./jun. 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe.** [S. l.]: Opas; OMS, 2014.

OMS. **The world health report: improving performance.** Geneva: World Health Organization, 2014.

PETER, Ana Paula Confortin et al. **O cuidado cultural no processo de ser e viver da mulher, recém-nascido e família que vivenciam o parto, no domicílio e no hospital, com ênfase no Contexto domiciliar: abrindo novos caminhos para a enfermagem,** 2005.

SANTOS, G. S; SOUSA, J. L. O; ALMEIDA, L. S; GUSMÃO, M. H. **A importância do enfermeiro no atendimento humanizado no pré-parto.** Revista Diálogos &Ciência.Faculdade de Tecnologia e Ciência (FTC) Salvador – BA, Brasil, 2012. Disponível em http://dialogos.ftc.br/index.php?option=com_content&task=328, acessado em 13/03/2013 às 06:50 hs.

SOUSA, Antonio Rodrigo Machado de. Licença paternidade: 120 dias para o pai adotante único. Jus Navigandi, Teresina, ano 16, n. 2975, 24 ago. 2011. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/19841>>. Acesso em: 29 mar. 2012.

SOUZA, D.O.M. **Partos assistidos por enfermeiras: práticas obstétricas realizadas no ambiente hospitalar no período de 2004 a 2008**. 2011, 84f. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2011.