PARANINFO DIGITAL
MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
ISSN: 1988-3439 - AÑO XI – N. 27 – 2017
Disponible en: http://www.index-f.com/para/n27/185.php

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.
Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "NARRATIVAS, FUENTE DE EVIDENCIAS CUALITATIVAS" **CUALISALUD 2017 XII Reunión Internacional de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión digital celebrada del 16 al 17 de noviembre de 2017, organizada por Fundación Index. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

*Título* **Avaliação da satisfação da mulher em relação à assistência ao parto em uma maternidade pública do Nordeste Brasileiro**

*Autores* Leonice dos Santos *Paiva*, Perpétua do Socorro Silva *Costa*, Maricélia Tavares Borges *Oliveira*, Maria Aparecida Alves de Oliveira *Serra*, Adriana Gomes Nogueira *Ferreira*, Euzamar de Araújo Silva *Santana*
*Centro/institución* Universidade Federal do Maranhão
*Ciudad/país* Imperatriz (Maranhão), Brasil
*Dirección e-mail* perpcosta@gmail.com

**RESUMO**

A importância da humanização do parto tem sido muito discutida por diferentes órgãos e instituições, em virtude de atitudes desrespeitosas por alguns profissionais da equipe de saúde com a parturiente. O objetivo desse estudo foi avaliar a satisfação da mulher em relação à assistência ofertada no momento do parto. O estudo foi descritivo, de abordagem quantiqualitativa 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. A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2016 e fevereiro de 2017, através de questionário e entrevista semiestruturados, por meio de uma abordagem direta. A amostra foi constituída por 40 puérperas com idade entre 18 e 45 anos. Dessas, 30% eram primíparas, 70% multíparas, 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 demostraram-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.

**RESUMEN**

La importancia de la humanización del parto ha sido muy discutida por diferentes órganos e instituciones, en virtud de actitudes irrespetuosas por algunos profesionales del equipo de salud con la parturienta. El objetivo de este estudio fue evaluar la satisfacción de la mujer en relación a la asistencia ofrecida en el momento del parto. El estudio fue descriptivo, de abordaje cuantitativo realizado en una maternidad pública del interior de Maranhão.
Participaron de la investigación mujeres que se encontraban internadas en la maternidad, desde el 2º al 7º día posparto y que estaban física y mentalmente aptas para responder el cuestionario y la entrevista. La recolección de datos ocurrió entre diciembre de 2016 y febrero de 2017, a través de un cuestionario y entrevista semiestructurados, a través de un enfoque directo. La muestra fue constituida por 40 puérperas con edad entre 18 a 45 años. De ellas, el 30% eran primíparas, el 70% multíparas, con predominio de parto vaginal. Las mujeres relataron satisfacción como acogida, condiciones físicas de la maternidad, pero en relación a los cuidados durante el proceso de
parturicidad se demostraron insatisfechos. Se pudo verificar la actuación del equipo de salud en la prestación de la asistencia y también evaluar el grado de satisfacción de la mujer en relación a la asistencia ofrecida en el parto, correlacionando con la humanización, a través de las prácticas útiles que deben ser incentivadas por el Ministerio de Salud (MS) Y establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).
**Palabras clave**: Asistencia al parto/ Humanización del parto/ Satisfacción de los usuarios.

**ABSTRACT**

The importance of the humanization of childbirth has been much discussed by different organs and institutions, due to disrespectful attitudes by some professionals of the health team with the parturient. The objective of this study was to evaluate the satisfaction of the woman in relation to the assistance offered at the time of delivery. The study was descriptive, with a quantitative approach carried out in a public maternity hospital in the interior of
Maranhão. Women who were hospitalized in the maternity hospital from the 2nd to the 7th day postpartum and who were physically and mentally fit to answer the questionnaire and the interview participated in the study. Data collection took place between December 2016 and February 2017, through a semi-structured questionnaire and interview, through a direct approach. The sample consisted of 40 puerperae aged 18 to 45 years. 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 also 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).
**Key-words**: Delivery assistance/ Humanization of childbirth/ User satisfaction.

**TEXTO DE LA COMUNICACIÓN**

## 1. Introdução

Cada parto tem sua individualidade e evolui de forma diferenciada. Isso leva a atentar para possíveis complicações como problemas envolvendo a dilatação, prematuridade, sofrimento fetal por 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 este se torne um momento traumático. Dentre elas está a violência obstétrica que se constitui na imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres, negando sua autoridade moral e ética para decidir sobre seu próprio corpo[1].

Entre 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, tais eventos apresentam estatísticas de desrespeito à mulher no momento importante de sua vida que é o nascimento do filho. Isso remete a uma reflexão de como deve ser prestado este atendimento para provocar mudanças nas práticas de saúde[1].

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 vinculada a preconceitos de gênero (sexismo) e pode ser praticada, em muitos casos, por pessoas do mesmo sexo[2].

O parto é um momento particular para mulher, feto e família, que envolve uma gama de sentimentos tais como: ansiedade, medo, insegurança e preocupação[3]. 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[4].

O momento do nascimento do bebê vai além da expulsão do concepto, pois tem papel central na reprodução e preservação da espécie humana, merecendo uma assistência mais acolhedora e humanística para ocorrer sem intercorrências, obedecendo a um mecanismo fisiológico[5]. 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[6]. A partir de cada ponto de vista, ele é representado de maneira diferente.

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[7].

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[8.]

Outra estratégia do MS foi a Rede Cegonha - RC, 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[2].

Para que as mulheres possam dispor dessa comodidade na assistência, é primordial que estejam amparadas por uma equipe de saúde capacitada e que possa atender todos os requisitos, respeitando a individualidade e complexidade de cada parto[7].

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 passam a ser discutidos em âmbito internacional, e acabam de certo modo, viabilizando políticas públicas voltadas para a melhoria deste atendimento. Isso contribui para uma mudança de comportamento, provocando uma reflexão para uma prestação de assistência à mulher de forma humanizada.

Diante desse contexto, o objetivo desse trabalho foi avaliar a satisfação da mulher em relação ao atendimento prestado pelo Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz - MA (HRMI) durante o trabalho de parto, parto e puerpério, propondo uma assistência diferenciada à parturiente em uma visão holística e mais humanizada. Neste sentido, buscou-se uma reflexão sobre o cuidado ofertado a partir do olhar da mulher, enfocando a assistência como prática para a humanização, respeitando a 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 para incitar o protagonismo da mulher, amparado nas disposições sobre os serviços de saúde, redução do uso de intervenções desnecessárias e respeito ao direito à presença do acompanhante ao longo de todo o processo de parturição e nascimento.

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 mãe e filho 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 quantiqualitativa, desenvolvido no Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz - MA (HRMI), unidade de referência na assistência à mulher em trabalho de parto de baixa, média e alta complexidade para a população de Imperatriz - MA e referência em alto risco para municípios adjacentes 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 HRMI, 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 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.
As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão – CEP/UFMA, através da Plataforma Brasil.
Foi utilizado o programa Microsoft Excel 2010 para a análise dos dados quantitativos e Stata 12.0 para o cálculo do percentual do nível de satisfação das parturientes, quanto á assistência durante o trabalho de parto.

Para a análise qualitativa dos dados, seguimos a linha de pensamento de Bardin (2010), 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[9].

## 3. Resultados e discussões

Em relação ao perfil das 40 mulheres entrevistadas destaca-se que o nível de escolaridade predominante foi ensino médio completo (43%).
Os principais fatores relacionados à gravidez na adolescência são: baixa escolaridade, ausência de consultas ginecológicas prévias e falta de acesso aos métodos anticoncepcionais[10]. 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, 50% eram casadas, 28% solteiras e 28% vivem com companheiro, de modo que a maioria das participantes está incluída em um ambiente familiar, com relacionamento estável, contando com o apoio do 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 45% declararam ser do lar, destacando-se as ocupações: vendedora, agente administrativo, caixa e outras. 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%[11].
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[12].
Quanto à religião 58% se declararam católica, 30% evangélica e 12% sem religião. Observou-se a influência da religiosidade no processo de parturição já que, as pacientes que afirmaram ter uma religião, tendem a ter filhos em idade adequada e aparentar segurança e, tranquilidade sobre o momento do parto e pós-parto. Já as que afirmaram não ter religião tiveram filho mais cedo e apresentaram um certo medo no momento do

parto e pós-parto. Isso confirma estudos que afirmam que o envolvimento religioso está diretamente associado à melhoria da saúde, promovendo um bem estar psicológico[13].

Quanto ao tipo de parto observamos que a maioria (65% das mulheres) teve parto normal, enquanto 35% tiveram parto cesárea. O Brasil é líder em cesáreas e o aumento na taxa de cesáreas pode estar relacionado à medicalização do parto onde os responsáveis são os médicos e aos hospitais, fazendo-se necessária uma mudança nessa cultura.

Concernente ao número de filhos nascidos vivos 30% das mulheres afirmaram ter 01 filho, 45% 02 filhos, 22% 03 filhos e apenas 03% afirmam ter perdido seu bebê com 34 semanas (natimorto). A RC, para garantir um atendimento de qualidade às mulheres, incentiva a visita prévia à unidade de referência para o parto e alto risco, objetivando dar mais tranquilidade às futuras mamães. Entretanto, muitas mulheres migram de outros municípios em busca de assistência à saúde no momento do parto. Isso vai contra toda a política de humanização que garante à gestante atenção progressiva, continuada e acessível no sentido de evitar a peregrinação na hora do parto[2].

Quanto à satisfação com o acolhimento durante a chegada à maternidade, a maior parte das entrevistadas considerou satisfatório, 40% das mulheres consideraram bom, 25% ótimo, 23% regular e 12% acharam ruim a forma como foram recebidas ao adentrarem ao hospital. Verificou-se que ainda não há um grau de satisfação adequado e que esse acolhimento precisa ser melhorado, conforme os relatos abaixo:

> *"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)*

Na perspectiva da integralidade do cuidado, o acolhimento é essencial na prestação do atendimento e na construção de vínculo com o paciente[2]. 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[2].

A principal dificuldade das gestantes ao procurarem o hospital na hora do parto, é a falta de acesso aos serviços no momento adequado, podendo repercutir em complicações no parto. 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[14]. Dessa forma, a ambiência deve estar adequada às especificidades da atenção ao parto e nascimento humanizados.

Sobre a satisfação com as condições físicas da maternidade, 23% consideraram ótimas, 35% boas, 27% regular e apenas 15% consideraram ruim. Sabe-se que a condição da estrutura física da maternidade influencia na melhoria da qualidade do cuidado e nas práticas profissionais. Isso está ligado à estruturação do sistema de saúde e depende da decisão do gestor, mas também é influenciado pelas ações da equipe. Dessa forma, muitos autores defendem a importância da equipe nas decisões e com isso na melhoria da gestão de serviços de saúde[1].

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[15]. A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) avaliando serviços materno-infantis sobre as condições da estrutura declarou que a maioria das maternidades no Brasil não

está de acordo com a regulamentação sanitária brasileira, recomendada desde 1987, e que será um desafio mudar essa realidade[16]. Portanto, é importante que a instituição se adeque às normas estabelecidas pelo MS, de acordo o que recomenda a RC no âmbito do SUS, ocorra a prestação de um serviço de qualidade e eficaz e que os gestores promovam uma gestão participativa onde todos colaborem para uma atenção diferenciada, trazendo o conforto e segurança que toda mulher merece.

Sobre a satisfação da puérpera quanto à expectativa em relação ao parto, os resultados foram: para 10% das mulheres ótima, 35% boa, 40% regular e 15% consideravam ruim. Quanto à percepção após a realização do parto na maternidade, 10% das mulheres afirmaram ter sido ótimo, 20% bom, 45% regular e 25% consideraram ruim. A maioria das mulheres relatou que ao iniciar o pré-natal a intenção era 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 mostram que houve uma mudança no grau de satisfação após o parto, confirmadas nas 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, 21anos)*
> *"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 se destacou a assistência prestada pela enfermeira, caracterizando a preocupação do profissional com a parturiente. Isso mostra que a humanização do cuidado visa respeitar o direito da mulher à maternidade segura e prazerosa[17].

Na avaliação das decisões e medidas de controle da dor, 20% afirmaram que foi ótimo, 43% bom, 30% 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 métodos farmacológicos e não farmacológicos. O método não farmacológico corresponde à deambulação, fisioterapia (bola suíça), hidroterapia e massagens visando à prevenção do sofrimento. Enquanto o farmacológico é feito por meio de medicamentos na tentativa de aliviar a sensação dolorosa[18]. As mulheres relataram medo em relação à dor e a identificaram como intensa, porém suportável, compensada pelo prazer de ver o rosto de seu filho.

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.

Durante a internação, a mulher apresenta fragilidade, sensação de medo e ansiedade. Trata-se de um momento estressante decorrente da preocupação com a evolução do seu estado de saúde ou por outros fatores como a dor relacionada às contrações uterinas, a insegurança quanto à assistência prestada pela equipe de saúde e sobre quem vai auxiliá-la nos cuidados com o bebê. Assim, a presença do acompanhante de escolha da mulher é fundamental para minimizar tais sentimentos. Na avaliação da satisfação sobre a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, 33%

mulheres consideraram ótimo, 38% bom, 20% regular e 10% consideraram ruim, como descrito nas falas abaixo:

> *"Bom, passa segurança, a gente não se sente só".(Letra A, 33anos)*
>
> *"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)*
>
> *"Ruim, meu esposo não pode assistir o parto". (Letra D, 21 anos)*

A RC, 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 permitiu que elas se sentissem seguras, calmas e amparadas. Entretanto, nem todas conseguiram ter o acompanhante e estas sentiram a sua ausência.
Muitas instituições de saúde ainda apresentam inúmeras limitações físicas e estruturais que impossibilitam a presença do acompanhante, tais como espaços físicos compartilhados por várias mulheres. Nesses casos, para assegurar a privacidade de uma é necessário tirar o direito da outra ter o acompanhante. Também ocorre a falta de roupas privativas em quantidade suficiente para que o acompanhante possa estar com a parturiente em todos os ambientes, inclusive no bloco cirúrgico.
É relevante que as instituições criem estratégias para mudar essa realidade. A inserção de um acompanhante da escolha da parturiente e a permissão para que o mesmo acompanhe 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[1].
Quanto à preocupação com o seu estado de saúde nesta maternidade, 07% relataram que tiveram preocupação e 93% relataram que não ficaram preocupadas com seu estado de saúde. Sobre ter outro filho na instituição 07% declararam que não teriam outro filho, enquanto 93% afirmaram que teriam sim outro filho nesta instituição. O grau de satisfação com a instituição foi elevado e usuárias satisfeitas tendem a retornar ao serviço ou recomendá-lo para outra pessoa. Isso exige 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 à família devendo dispor de área física, equipamentos, material e equipe específica. A falta de estrutura adequada tende a 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, indica a necessidade de análise das práticas assistenciais para melhorar a prestação dos serviços, possibilitando um atendimento resolutivo e acolhedor.

## 3 Considerações finais

A assistência prestada no Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz / MA é vista pelas puérperas entrevistadas como positiva. A maioria dos discursos evidencia um grau de satisfação bom em relação ao acolhimento, estrutura física e atenção durante o trabalho de parto, parto e puerpério, mas não atingindo o grau máximo de satisfação.
As expectativas quanto ao sentimento sobre o parto, divergiram antes e após este. Foi possível perceber falhas na assistência ofertada como, demora no parto cesárea, a parturiente ficar horas sentadas numa cadeira ou maca após o parto à espera de leito e

no controle da dor. Quanto 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.

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 recomendações 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. Isso favorece o bem-estar das mulheres, fazendo com que se sintam mais seguras e amparadas.

Espera-se, com esse estudo, estimular uma reflexão sobre a melhoria da assistência, entendendo a mulher como ser biopsicossocial, e influenciar a atuação do enfermeiro e equipe de saúde em proporcionar um cuidado individualizado e humanizado, respeitando as limitações de cada paciente, exigindo uma revisão de práticas cotidianas e melhoria na qualidade do cuidado ofertado à mulher, não só no período gravídico-puerperal como em toda a sua vida e que esteja sempre de acordo com o preconizado pelo SUS.

**Referências bibliográficas**


1. World Health Organization. The world health report: improving performance. 2014
2. Brasil, Ministério da Saúde. Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. 2011.
3. Souza DOM. Partos assistidos por enfermeiras: práticas obstétricas realizadas no ambiente hospitalar no período de 2004 a 2008 [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ; 2011.
4. Santos GS, Sousa JLO, Almeida LS, Gusmão MH. A importância do enfermeiro no atendimento humanizado no pré-parto**.** Revista Diálogos & Ciência. Brasil, 2012.
5. Gonçalves R, Aguiar AC; Merigh BAM, Jesus PMC**.** Vivenciando o cuidado no contexto de uma cada de parto: o olhar das usuárias. Rev Esc de Enf USP. 2011; 45(1): 62-70.
6. Bezerra MGA, Cardoso MVLML. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto. Rev Latinoam de Enf. 2006; 3(14): 414-421.
7. 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.
8. Moraes IGDS, Pinheiro RT, Silva RAD, Horta BL, Sousa PRL, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. Rev Saúde Públ 2006: 40(1); 65-70.
9. Bardin L. L'Analysede contenu. Editora: Presses Universitaires de France, 2010.
10. Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, Menezes G.Adolescência e reprodução no Brasil: A heterogeneidade dos perfis sociais. Cad Saúde Pública. 2003; 19(2): 377-388.

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 /http://www.ibge.gov.br
12. Sousa, ARM. 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.
13. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiosidade e saúde mental: uma revisão. Rev Bras Psiq. 2006; 28 (3): 242:250.
14. Dias MD. Histórias de vida: as parteiras tradicionais e o nascimento em casa. Rev. Eletr Enferm. 2010; 9(2): 476-488.
15. 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.
16. Organização Pan-Americana da Saúde. A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe. [S. l.]: Opas; OMS, 2014.
17. Oliveira SSS, Rodrigues DP, Guedes MVC. Percepção de puérperas acerca do cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. Rev. Enferm. UERJ. 2011; 19(2): 249-54.
18. Klein VC. Reatividade a dor, temperamento e comportamento da trajetória de desenvolvimento de neonatos pré-termo até a fase pré-escolar [Tese]. Ribeirão Preto Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo-USP; 2009.