



Avaliação da satisfação de puérperas com trabalho de parto e parto em hospital de ensino.

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

Autores:

Thais Marquezoni Ramos [Unicamp]

Profª. Dra. Clara Fróes de Oliveira Sanfelice (Orientadora) [Unicamp]

Introdução

Historicamente, o parto e o nascimento são considerados eventos mobilizadores e repletos de significados pessoais, emocionais e socioculturais, que se relacionam com as preferências da parturiente e as condutas tomadas durante o seu atendimento. Com o passar dos anos, indicadores maternos e neonatais têm mostrado que a adoção irrestrita de tecnologias invasivas na assistência ao parto não é algo vantajoso, além de ser inseguro à saúde das mulheres e de seus bebês¹.

No cenário internacional, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou, em 2018, recomendações sobre o cuidado intraparto na perspectiva de garantir uma experiência positiva de parto. Essas orientações reconhecem a experiência positiva como um ponto crucial para todas as mulheres, sendo um desfecho que transcende o aspecto biológico do trabalho de parto/parto².

A literatura aponta que a satisfação do cliente como um indicador da qualidade do cuidado vem se tornando cada vez mais importante³. No contexto da saúde materna, ter acesso à satisfação da mulher quanto ao 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 públicas, uma vez que este dado representa um importante feedback que pode ser utilizado para melhorar a qualidade dos serviços de assistência materno-infantil⁴⁻⁶.

A OMS declara que as experiências de parto não satisfatórias, em que 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. Além disso, tais situações rompem com a relação de confiança estabelecida entre as mulheres e os profissionais, passando a representar um forte desincentivo à busca pelos serviços de saúde⁷. Neste contexto, acredita-se que os fatores que influenciam o cenário do parto devem ser identificados e analisados em sua totalidade e multidimensionalidade, tendo em vista a repercussão dessa experiência na saúde da mulher e da criança⁶.

Embora existam diversas pesquisas sobre a satisfação das mulheres com o parto na literatura internacional⁸⁻¹³, a escassez de instrumentos nacionais validados para realizar esta investigação torna esta temática pouco explorada na realidade brasileira. Percebe-se que os estudos sobre fatores relacionados à satisfação com o parto são escassos e pouco abrangentes, oferecendo pouco subsídio para a discussão do tema¹, que precisa ser mais investigado, dado possível impacto e aplicabilidade de seus resultados. Considerando que a investigação sobre a satisfação quanto ao parto representa uma estratégia capaz de ofertar subsídios para aprimorar o plano de cuidados às mulheres, guiar as práticas assistenciais do serviço e qualificar a assistência ofertada às mulheres no processo de parturição, o presente estudo teve como objetivo avaliar a satisfação de puérperas quanto ao trabalho de parto e parto em um hospital de ensino.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa observacional, analítica e transversal. Os dados foram colhidos no período de outubro a dezembro de 2020, 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. O hospital acompanha cerca de 220 partos por mês e é referência para o atendimento de alto risco para seis municípios da região.

Foram incluídas na amostra puérperas maiores de 18 anos; com recém-nascidos vivos; com pelo menos 24 horas pós-parto; que vivenciaram a experiência de trabalho de parto (independente da via de parto); com capacidade intelectual para compreensão do instrumento e sem dificuldades de comunicação.

O tamanho amostral foi determinado considerando a metodologia de cálculo amostral com objetivo de estimar uma proporção. Para tanto, foi considerada uma proporção p igual a 0,50, cujo valor representa a variabilidade máxima da distribuição binomial, gerando assim uma estimativa com o maior tamanho amostral possível.

O tamanho amostral (n) para uma proporção, considerando uma população finita, foi estimado por meio da seguinte fórmula¹⁴⁻¹⁵:

$$n = \frac{Np(1-p)}{p(1-p) + (N-1)D^2}$$

Nessa fórmula, “ N ” representa a população de estudo. Já “ D ”, a precisão da estimativa a ser mensurada, que pode ser descrita como “ B/Z ”, em que “ B ” é o erro amostral e “ Z ” é um percentil da distribuição Normal padrão.

A população considerada para o cálculo do tamanho amostral foi composta por aproximadamente 660 puérperas (3 meses de coleta). Foi assumido um erro amostral de 5% e um nível de significância de 5%. Assim, o tamanho amostral obtido foi de 243 puérperas.

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: 1) Questionário sociodemográfico e obstétrico desenvolvido para a presente pesquisa, contendo as seguintes variáveis: idade, cor, estado civil, escolaridade, religião, paridade, idade gestacional, estratificação de risco gestacional, via de parto desejada, via de parto realizada, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, uso de analgesia, risco gestacional, acompanhamento pré-natal, informações recebidas sobre parto durante o pré-natal e realização de curso preparatório para parto e 2) Escala de Classificação de Satisfação do Parto de Mackey (*Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale- MCSRS*).

Esta escala foi desenvolvida nos Estados Unidos e traduzida para diversos idiomas, incluindo o português do Brasil. O instrumento foi transculturalmente adaptado para o Brasil, passou pelo processo de Validação de Face e de Conteúdo e a confiabilidade foi testada, com resultado satisfatório (coeficiente ômega de McDonald de 0,97)⁵.

A MCSRS é um instrumento que abrange fatores relevantes relacionados à satisfação das mulheres com o parto. É constituído de 34 itens de avaliação, divididos em seis domínios: auto-avaliação (Q3 a Q11); parceiro (Q12 e Q13); recém-nascido (Q14 a Q16); assistência de enfermagem (Q17, Q19, Q21, Q23, Q25, Q27, Q29, Q31, Q33); assistência médica (Q18, Q20, Q22, Q24, Q26, Q28, Q30, Q32); e avaliação geral do parto (Q1, Q2, Q34). A consistência interna de cada domínio foi avaliada por meio do coeficiente alfa de Cronbach (Cronbach, 1951). Todos os domínios da escala apresentaram alfa de Cronbach $\geq 0,8$.

As puérperas foram inicialmente abordadas para apresentação da pesquisa e, na sequência, convidadas à participação. O questionário foi aplicado nas dependências do Alojamento Conjunto da referida instituição. As mulheres levaram cerca de 15 minutos para preencher o

questionário e a escala. Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), previamente à coleta dos dados.

De acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos contidas na Resolução 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa sob Parecer nº 4.168.051/2020.

Para todas as análises foram utilizados os softwares estatísticos Statistical Analysis System (SAS), versão 9.4, e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23, com nível de significância de 5%. Para as comparações entre uma variável qualitativa de duas categorias com relação aos escores da escala foi aplicado o teste t de Student não pareado, ou o teste de Mann-Whitney¹⁴, de acordo com a distribuição dos dados. Já para as comparações entre uma variável qualitativa com mais de duas categorias com relação aos escores da escala foi aplicado o modelo ANOVA, ou o teste de Kruskal-Wallis¹⁴, de acordo com a distribuição dos dados. A distribuição dos dados foi avaliada por meio do teste de Shapiro-Wilk.

As correlações entre as variáveis quantitativas e os escores do instrumento foram avaliadas por meio do coeficiente de correlação de Spearman¹⁴. Este coeficiente varia de -1 a 1, em que valores mais próximos de -1 indicam uma relação negativa ou inversa entre as variáveis, valores próximos a 1 uma relação positiva e valores próximos a 0 indicam ausência de correlação. A literatura consultada sugere a seguinte classificação para o coeficiente de correlação: 0,1 a 0,29 (fraca); 0,30 a 0,49 (moderada) e maior ou igual a 0,50 (forte)¹⁵.

Resultados

A amostra do estudo foi constituída de 243 puérperas, com idade média de 27 anos, variando de 18 a 46 anos. A idade gestacional média (no dia do parto) foi de 38 semanas e 6 dias. O perfil sociodemográfico e obstétrico das participantes está apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e obstétrica da amostra. Sumaré, SP, Brasil 2020

Variável	N	%
Cor		
Branca	124	51,03
Parda	88	36,21
Preta	31	12,76
Estado civil		
Solteira	74	30,45
Casada	164	67,49
Viúva	1	0,41
Divorciada	4	1,65
Religião		
Evangélica	110	45,27
Católica	77	31,69
Espírita	2	0,82
Umbandista	1	0,41
Budista	1	0,41
Outra	2	0,82
Sem religião	50	20,58
Escolaridade		
Fundamental incompleto	23	9,47
Fundamental completo	15	6,17
Médio incompleto	30	12,35
Médio completo	155	63,79
Superior incompleto	7	2,88
Superior completo	13	5,35
Paridade		
Primigesta	90	37,03
Secundigesta	77	31,68
Tercigesta	50	20,57
Múltipara	26	10,69

Risco gestacional

Risco habitual	159	65,43
Alto risco	84	34,56

Realizou Pré-natal

Sim	241	99,17
Não	2	0,83

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

As participantes possuíam média de nove consultas de pré-natal. Cerca de 46,50% (n= 113) receberam informações relacionadas ao parto durante a assistência pré-natal e apenas 1,65% (n= 4) das puérperas fez algum curso preparatório para o parto durante a gestação.

Com relação ao desejo pela via de parto, 76,95% (n= 187) referiram intenção pelo parto vaginal, enquanto 23,05% (n= 56) pela cirurgia cesariana. Sobre a vida de parto consumada, 53,91% (n= 131) tiveram parto vaginal, 42,80% (n= 104) cirurgia cesariana e 3,29% (n= 8) parto vaginal instrumental (fórceps).

Sobre o uso de métodos para alívio da dor, 78,60% (n= 191) receberam analgesia farmacológica e 46,50% (n= 113) fizeram uso de métodos não farmacológicos. Dentre os métodos não farmacológicos citados, 39,5% (n= 96) utilizaram o banho de chuveiro, 14,4% (n= 35) a deambulação, 11,52% (n= 28) a bola suíça e 9,8% (n= 24) as massagens. Com relação à posição de parto, 99,1% (n=241) pariram em posição horizontal (litotomia ou semi-deitada na cama).

Os dados referentes à expectativa e a avaliação das puérperas em relação à experiência vivida quanto ao trabalho de parto e parto estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Expectativa e avaliação do trabalho de parto e parto pelas puérperas. Sumaré, SP, Brasil 2020

Variável	N	%
A sua experiência no trabalho de parto foi como você esperava?		
Nada a ver com o que eu esperava	46	18,93
Muito pouco a ver com o que eu esperava	24	9,88
Um pouco a ver com o que eu esperava	68	27,98
Foi como eu esperava	105	43,21
A sua experiência no parto (vaginal) foi como você esperava?		
Nada a ver com o que eu esperava	26	10,70
Muito pouco a ver com o que eu esperava	9	3,70
Um pouco a ver com o que eu esperava	42	17,28
Foi como eu esperava	62	25,51
Não se aplica	104	42,80
Avaliação do trabalho de parto		
Foi muito negativa	7	2,88
Foi um pouco negativa	28	11,52
Foi um pouco positiva	62	25,51
Foi muito positiva	146	60,08
Avaliação do parto (vaginal ou cesariana)		
Foi muito negativa	7	2,88
Foi um pouco negativa	24	9,88
Foi um pouco positiva	67	27,57
Foi muito positiva	145	59,67

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

Quando convidadas a avaliar sua experiência geral durante o trabalho de parto, a maioria das mulheres considerou-se satisfeita (57,02% = 138) ou muito satisfeita (25,62% = 62). Também apresentaram expressiva satisfação quanto ao período expulsivo, dentre as quais (53,85% = 77) considerou-se satisfeita e (31,47% = 45) como muito satisfeita. Quanto à colaboração do acompanhante durante o trabalho de parto, quase metade das mulheres considerou-se muito satisfeita (46,57% = 95). A Tabela 3 apresenta avaliação das puérperas quanto à atuação da equipe de saúde.

Tabela 3 – Avaliação das puérperas quanto à atuação da equipe de saúde. Sumaré, SP, Brasil 2020

Variável	N	%
A sua participação nas decisões durante o trabalho de parto		
Muito insatisfeita	10	4,15
Insatisfeita	15	6,22
Nem satisfeita ou insatisfeita	24	9,96
Satisfeita	131	54,36
Muito satisfeita	61	25,31
Sem informação = 2		
O tempo que demorou pra você segurar seu bebê pela primeira vez		
Muito insatisfeita	8	3,46
Insatisfeita	13	5,63
Nem satisfeita ou insatisfeita	17	7,36
Satisfeita	140	60,61
Muito satisfeita	53	22,94
Sem informação = 12		
Os cuidados com o seu corpo que recebeu da equipe de enfermagem durante o trabalho de parto e o parto		
Muito insatisfeita	1	0,41
Insatisfeita	1	0,41
Nem satisfeita ou insatisfeita	9	3,70
Satisfeita	136	55,97
Muito satisfeita	96	39,51
Os cuidados com o seu corpo que recebeu da equipe médica durante o trabalho de parto e o parto		
Muito insatisfeita	2	0,83
Insatisfeita	4	1,65
Nem satisfeita ou insatisfeita	11	4,55
Satisfeita	132	54,55
Muito satisfeita	93	38,43
Sem informação = 1		
O conhecimento técnico, a habilidade e competência da equipe de enfermagem durante o trabalho de parto e o parto		
Muito insatisfeita	1	0,41
Insatisfeita	1	0,41
Nem satisfeita ou insatisfeita	4	1,65
Satisfeita	140	57,61
Muito satisfeita	97	39,92
A quantidade de explicações ou informações que você recebeu da equipe de enfermagem durante o trabalho de parto e o parto		
Muito insatisfeita	5	2,06
Insatisfeita	3	1,23
Nem satisfeita ou insatisfeita	15	6,17
Satisfeita	137	56,38
Muito satisfeita	83	34,16
O tempo que os enfermeiros (as) dedicaram a você durante o trabalho de parto		
Muito insatisfeita	3	1,23
Insatisfeita	9	3,70
Nem satisfeita ou insatisfeita	12	4,94
Satisfeita	141	58,02
Muito satisfeita	78	32,10

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

Não houve diferença estatisticamente significativa ao serem testadas correlações entre os domínios da escala com as seguintes variáveis

quantitativas: idade, número de consultas, tempo de gravidez, número de gravidezes e número de filhos.

Para o domínio *Recém-Nascido* foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,0163$) quando comparado o tipo de parto (vaginal/fórceps x cesariana); e quando comparada a utilização dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor ($p=0,0186$). As mulheres de parto vaginal e/ou fórceps apresentaram maior satisfação com a saúde do bebê e com o tempo para segurar e amamentar o recém-nascido.

Para o domínio *Parceiro* foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa quando comparado o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor ($p=0,0163$); o uso do chuveiro ($p=0,343$) e o recebimento de informações sobre o trabalho de parto e parto durante o pré-natal ($p=0,0229$). As mulheres que tiveram a presença do acompanhante durante o nascimento, fizeram mais uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor além de receberem maiores informações, durante esse processo.

Discussão

O estudo mostrou uma elevada satisfação com o trabalho de parto e parto das puérperas participantes da amostra. Para todos os itens avaliados, a resposta “satisfeita” ou “muito satisfeita” foi predominante. De forma paralela, também verificou-se, segundo as respostas das mulheres, baixa adesão a algumas das boas práticas recomendadas para a atenção à mulher, tais como informação e preparo sobre o trabalho de parto e parto durante o pré-natal, uso dos métodos não-farmacológicos para alívio da dor e verticalização da posição de parto. Também foi observado o elevado emprego da analgesia farmacológica, o qual está associado ao modelo medicalizado de assistência à mulher no processo de trabalho de parto e parto, quando praticado de forma exacerbada.

Apesar de quase todas as puérperas terem realizado o acompanhamento pré-natal (PN) e apresentarem uma média de consultas superior ao recomendado pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (6 consultas)¹⁶, menos da metade delas relatou ter recebido informações sobre o trabalho de parto e o parto; assim como uma parcela muito pequena participou de curso de preparação para o parto. Este resultado mostra a escassez de informações que podem ter sido oferecidas a essas mulheres, assim como a consequente dificuldade de avaliarem de forma crítica a qualidade da assistência recebida, o que aponta para a necessidade de qualificação da consulta de pré-natal para além do aspecto quantitativo.

A alta adesão ao PN aliada à pouca abordagem sobre o parto evidencia importante fragmentação no atendimento à mulher¹⁷. Durante o período gestacional, a mulher precisa ter acesso à informação de qualidade, baseada em evidência científica para que possa compreender os processos que ocorrem em seu corpo de forma mais serena, sem se sentir amedrontada pelo desconhecido, além de desenvolver a capacidade de discernimento e senso crítico sobre a assistência a que ela será submetida. Esse processo, conhecido como empoderamento materno, é fundamental para auxiliar as mulheres a entenderem o manejo da assistência, os procedimentos a que podem (ou não) ser submetidas, além de protegê-las da violência obstétrica¹⁸.

As mulheres com menor poder aquisitivo, atendidas no setor público, são as que recebem menos informações relacionadas ao nascimento, o que as torna menos empoderadas para tomar decisões na hora do parto, ampliando sua vulnerabilidade e o risco do emprego de procedimentos mais dolorosos¹⁹. Assim, a falta de informação expõe as mulheres a mais riscos e pode deturpar sua compreensão sobre uma assistência segura e respeitosa.

A falta de informação da mulher é uma das situações que mais a fragiliza no campo da assistência ao parto, na medida em que a torna passiva em todo o processo. Frequentemente, a mulher não consegue reconhecer os impasses da assistência ofertada e, portanto, mostra-se satisfeita com aquilo que lhe é ofertado.

Dessa maneira, o acesso limitado à informação durante a assistência pré-natal é um aspecto que precisa ser evidenciado, com intuito de conscientizar e estimular o investimento dos pré-natalistas na valorização do aspecto educativo em saúde. Autores ressaltam que avaliar a assistência do PN com base somente no número de consultas pode camuflar inúmeros problemas na qualidade deste atendimento, como o identificado nesta pesquisa, superestimando a eficácia do cuidado prestado¹⁸.

No que diz respeito ao preparo para o parto, esta pesquisa também evidenciou uma lacuna na assistência pré-natal, já que uma parcela pequena das mulheres participantes realizou algum curso preparatório para o parto. Este aspecto, somado ao pouco acesso à informação no

pré-natal, contribui para a condição de vulnerabilidade da gestante, diminuindo seu repertório para julgamento. Vale ressaltar que a coleta de dados do presente estudo ocorreu durante o período da pandemia de COVID-19, o que pode ter gerado limitações nas atividades educativas de grupo das unidades de saúde, incluindo os grupos de gestantes.

Além de instrumentalizar a mulher e favorecer seu discernimento quanto ao cuidado recebido, a oferta de informações no pré-natal e/ou em cursos preparatórios também se relaciona positivamente com a satisfação das mulheres no processo de parto e nascimento. Um estudo que avaliou a influência de um programa preparatório de parto sobre a satisfação das mulheres no momento do nascimento concluiu que mulheres que receberam mais informações, sejam elas do curso de preparação ou do próprio pré-natal, sentiram efetivamente menos dor, comunicaram-se melhor com os profissionais e participaram ativamente das ações durante e após o parto. Todos esses fatores contribuem para uma experiência mais satisfatória no parto²⁰.

Apesar das mulheres do presente estudo terem se mostrado muito satisfeitas com o desfecho final do trabalho de parto, houve certa divergência entre a via de parto desejada e a vivida. Os resultados, no entanto, estão de acordo com o que a literatura apresenta sobre este aspecto, mostrando que as mulheres brasileiras preferem a via vaginal para o parto, principalmente devido à rápida recuperação²¹. No entanto, vários fatores podem influenciar na decisão pela via de parto²², levando a um desfecho diferente do esperado, como crenças, expectativas, informações, postura profissional, autonomia e o próprio sistema de saúde. Além disso, o medo de intercorrências fetais, a interpretação exacerbada da dor no parto e questões como agenda e conveniência do profissional médico podem interferir na via de parto das gestantes²¹.

Também foi encontrado um elevado índice de satisfação com a experiência do parto normal. Seria importante investigar de forma mais aprofundada com estas mulheres, o modelo de assistência ao parto por elas vivenciado, pois, em muitos locais, o parto considerado “normal” é aquele em que há imobilização, jejum, posição litotômica e uso rotineiro da episiotomia¹⁹ todas as práticas que atualmente são desaconselhadas pelo MS e OMS^{4,23}. Infelizmente, este conjunto de ações ainda é rotineiramente praticado na assistência obstétrica de muitos hospitais brasileiros e avaliado como satisfatório pelas mulheres¹⁹.

Nessa amostra, quase todas as participantes pariram em posição horizontal ou semi-queada, o que não têm sido recomendado pelas atuais evidências científicas⁶. Segundo a literatura, assumir a posição vertical ou lateral durante o trabalho de parto pode ser estimulada pela equipe de enfermagem e demonstra diversos benefícios, principalmente em relação a fase expulsiva do parto como, diminuição da dor, aumento da eficiência dos puxos, auxílio na progressão e diminuição do tempo do trabalho de parto e, conseqüentemente, queda nas taxas de laceração de períneo, bem como nos índices de episiotomia²⁴.

Sobre a utilização de métodos para alívio da dor, foi constatada uma alta frequência do uso da analgesia farmacológica. Apesar das mulheres relatarem grande satisfação com o manejo do trabalho de parto, este resultado aponta para outro aspecto que precisa ser repensado por se tratar de assistência fortemente medicalizada, que intervém de forma intensa no processo fisiológico de parto e que, portanto, não tem sido recomendado pelas atuais evidências disponíveis.

Ainda que a utilização da analgesia farmacológica apresente benefícios como alívio efetivo da dor, rápido início de ação e diminuição da necessidade da administração de novos fármacos²⁵, seu uso indiscriminado está atrelado a maiores riscos, tais como aumento na duração do segundo período do trabalho de parto, maior probabilidade de parto vaginal com uso de fórceps, aumento do uso de ocitócitos, maior necessidade de monitorização e consequente diminuição da mobilidade materna^{4,23}. O uso sem critério também oferece risco de desfechos neonatais desfavoráveis como Apgar menor que 7 no primeiro minuto, necessidade de manobras de reanimação neonatal e encaminhamento para unidade de terapia intensiva neonatal²⁶. Portanto, o uso indiscriminado de intervenções e tecnologias desnecessárias no momento do parto, representa um desrespeito aos direitos humanos da gestante e está associado à desinformação materna²⁷, o que pode justificar a grande satisfação das mulheres deste estudo com um modelo de assistência ao parto fortemente medicalizado e intervencionista.

Segundo as evidências mais recentes, o uso de métodos não-farmacológicos para alívio da dor é fortemente recomendado devido aos seus amplos benefícios, tais como relaxamento muscular, diminuição do tônus uterino, controle de sentimentos de angústia, medo e tensão, com consequente diminuição da dor²⁸. No entanto, sua utilização ainda se mostra limitada no parto. Nesta amostra, infere-se que isso se deve ao alto

índice do uso da analgesia farmacológica e ao baixo nível de informação das mulheres sobre os potenciais benefícios de métodos mais naturais.

Além disso, há o desconhecimento da existência de tais recursos, atrelada à baixa escolaridade das mulheres²⁹. A pouca utilização dos métodos também pode indicar desinteresse ou descrédito por parte do serviço de saúde, o que possivelmente está atrelado à falta de divulgação sobre a eficácia dos mesmos.

Evidências apontam que a utilização dos métodos não-farmacológicos de alívio da dor é efetiva e está associada à maior satisfação das mulheres²⁹ na condução do trabalho de parto. No entanto, o emprego da analgesia farmacológica de forma precoce e rotineira substitui a experiência materna com estes recursos. A ausência de informações sobre a fisiologia do parto, o potencial de ação e os benefícios associados ao uso dos métodos não-farmacológicos, leva a mulher, mais uma vez, a optar pelo recurso que é, aparentemente, mais efetivo. Entende-se que enquanto as mulheres não compreenderem o processo fisiológico do parto e seus desdobramentos, o que inclui a dor do trabalho de parto, todos os mecanismos atenuantes da dor serão avaliados positivamente.

As mulheres que tiveram parto normal apresentaram maior satisfação com o tempo para segurar e amamentar o recém-nascido, o que pode ser explicado pelas melhores condições de saúde da puérpera e do bebê que vivenciam o parto normal. A literatura mostra inúmeros benefícios maternos e neonatais relacionados ao parto normal como recuperação mais rápida, menor tempo de internação da mãe, leite materno livre de fármacos, diminuição do risco de desenvolvimento de doenças respiratórias neonatais, além do auxílio no desenvolvimento pulmonar e na eliminação do líquido amniótico através da compressão torácica³⁰.

O índice de satisfação das mulheres com a presença de um acompanhante também foi grande na amostra estudada e as mulheres acompanhadas fizeram mais uso dos métodos não-farmacológicos do que as que estavam sozinhas. Este resultado está de acordo com o que aponta a literatura, pois mulheres que recebem apoio contínuo durante o trabalho de parto podem ter menos probabilidade de usar remédios para o alívio da dor e ter maior probabilidade de sentirem-se satisfeitas³¹. Além disso, ter um acompanhante de sua escolha é uma recomendação do MS e da OMS^{4,23}, tendo em vista os seus potenciais benefícios: calma, confiança, empoderamento feminino e auxílio no processo fisiológico do parto, tendo em vista o laço afetivo estabelecido entre ambos³². Por outro lado, o acompanhante não deve ser equivocadamente considerado como uma estratégia para substituir o suporte profissional ou mascarar problemas reais com dimensionamento de pessoal.

Os itens relacionados à assistência prestada pelos profissionais foram os mais relacionados à alta satisfação das usuárias, abrangendo tanto cuidados quanto relacionamento construído com a equipe médica e de enfermagem no momento do parto/nascimento, o que é um importante feedback para a equipe da instituição. A literatura aponta que os profissionais de saúde são responsáveis por criar um ambiente assistencial acolhedor no momento do parto³³ e o cuidado que é centrado nas necessidades da parturiente promove vínculo entre a mesma e a equipe de saúde, contribuindo para uma assistência humanizada e de qualidade, fazendo deste um momento de alta satisfação³⁴.

Quanto a limitações do estudo percebeu-se que o instrumento, por conter muitas questões para leitura, pareceu ser um pouco cansativo de preencher, o que pode ter influenciado no modo como algumas participantes respondiam às perguntas, gerando o viés das respostas desatentas. O que as pesquisadoras tentaram amenizar por meio da revisão dos instrumentos e oportunidade de sanar dúvidas das participantes.

Contudo, o hospital segue na tentativa de mudança de acordo com as boas práticas de saúde pautadas em evidências científicas, através da participação de ações como o projeto *Ápice On*, além do treinamento da equipe e o incentivo à cursos e especializações na área da saúde materno-infantil, o que demonstra interesse em melhorar o cuidado ofertado.

CONCLUSÃO

Em um total de 243 mulheres, atendidas em um hospital público de ensino, verificou-se alta satisfação em relação à experiência do trabalho de parto e parto em todos os itens avaliados. No entanto, foram identificados diversos aspectos da assistência que não estão de acordo com as evidências científicas da atualidade, tais como: baixa utilização das boas práticas de assistência ao parto, percebida por meio de relatos quanto ao uso restrito dos métodos não-farmacológicos de alívio da dor, predominância de partos em posição litotômica e supervalorização da assistência medicalizada.

Os testes estatísticos não evidenciaram diferença estatística nas correlações entre os domínios da escala com as variáveis quantitativas idade, número de consultas, tempo de gravidez, número de gravidezes e número de filhos, mas mostraram que houve essa diferença estatisticamente significativa quando comparado o tipo de parto com a utilização dos métodos não farmacológicos para alívio da dor. Também houve diferença estatisticamente significativa quando comparado o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e o recebimento de informações sobre o trabalho de parto e parto.

Entende-se que a percepção das mulheres sobre a satisfação com a experiência possa ter sido influenciada pela baixa escolaridade das

participantes, desinformação sobre a temática e pelo pouco empoderamento materno a que estão expostas, o que é resultado da pouca informação recebida no pré-natal e a mínima participação em cursos preparatórios para o parto.

Os resultados do presente estudo evidenciam a necessidade da elaboração e implementação de estratégias educativas e acompanhamento das equipes de saúde para o cumprimento das boas práticas na assistência pré-natal, no trabalho de parto e nascimento, bem como atividades educativas junto a escolas e famílias no sentido de conscientizar a todos sobre os aspectos fisiológicos do gestar e do parir.

REFERÊNCIAS

1. Kottwitz F, Gouveia HG, Gonçalves AC. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. *Esc Anna Nery* [internet]. 2018; [acesso em 16 mar 2020]; 22(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0013>
2. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. 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]. DOI: <https://doi.org/10.12968/bjom.2013.21.6.410>.
4. Jenkins MG, Ford JB, Morris JM, Roberts CL. Women's expectations and experiences of maternity care in NSW--what women highlight as most important. *Women Birth*. [internet]. 2014; [cited 2020 Mar 21]; 27 (3): 214-19. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2014.03.002>.
5. 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>.
6. 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>.
7. 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/.
8. 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>.
9. Srivastava A, Avan BI, Rajbangshi P, Bhattacharyya S. Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy Childbirth*. [internet] 2015; [cited 2020 Mar 21]; 18(15): 97. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0525-0>.
10. 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 Set; [cited 2020 Mar 21]; 17(1):319. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1532-0>.
11. Tesfaye R, Worku A, Godana W, Lindtjorn B. Client satisfaction with delivery care service and associated factors in the public health facilities of Gamo Gofa zone, Southwest Ethiopia: In a Resource Limited Setting. *Obstet Gynecol Int*. [internet]; 2016 Jun; [cited 2020 Mar 21]; Available from: <https://doi.org/2016:5798068>.
12. Mutaganza C, Wibecan L, Iyer HS, Nahimana E, Manzi A, Biziyaremye F et al. Advancing the health of women and newborns: predictors of patient satisfaction among women attending antenatal and maternity care in rural Rwanda. *Int J Qual Health Care*. [internet]; 2018; [cited 2020 Mar 21]; 30(10):793-801. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy103>.
13. 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>.
14. Pagano M, Gauvreau K. Princípios de Bioestatística, Ed. Thomson, São Paulo, 2004.
15. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2a ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
16. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. [internet]. 2015 [cited 2021 Mai 29]; 37(3):140-7. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/v37n3a03.pdf>.
17. Silva ALA, Mendes ACG, Miranda GMD, Souza WV. A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2017 [cited 2021 Mai 29]; 33(12):e00175116. Available from: 10.1590/0102-311X00175116.
18. Gonçalves MF, Teixeira EMB, Silva MAS, Corsi NM, Ferrari RAP, Pelloso SM et al. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm* [internet]. 2017 [cited 2021 Mai 29]; 38(3):e2016-0063. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1590-1447.2017.03.2016-0063>.
19. Rocha NFF, Ferreira J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev Saúde Debate RJ* [internet]. 2020 [cited 2021 Mai 29]; V. 44, N. 125, P. 556-568. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202012521>.
20. Oliveira DC, Mandú ENT. Women with high-risk pregnancy: experiences and perceptions of needs and care. *Esc Anna Nery* [internet]. 2015 [cited 2021 Jan 10]; 19(1):93-101. Available from: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150013>.
21. Silva DO, Silva GA, Andrade TS, França AMB, Moura MRW, Oliveira SG. O desejo da mulher em relação à via de parto: uma revisão de literatura. *Ciências Biológicas e da Saúde* [internet]. 2015 [cited 2021 Jun 03] 3(1):103-114. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/fitbiosauade/article/view/2582/1498>.
22. Pimentel TA. Fatores que influenciam na escolha da via de parto cirúrgica: uma revisão bibliográfica. [undergraduate thesis]. Acadêmica de Enfermagem do UniCEUB; 2015. 23p.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
24. Nilsen E, Sabatino H, Lopes MBM. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. *Rev Esc Enferm USP* [internet] 2011 [cited 2021 Jun 03]; 45(3):557-6. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300002>.
25. Felisbino-Mendes MS, Santos LO, Amorim T, Costa IN, Martins EF. O uso de analgesia farmacológica influencia no desfecho de parto? *Acta Paul Enferm* [internet]. 2017 [cited 2021 Jun 03] 30(5):458-65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700067>.
26. Silva YAP, Araújo FG, Amorim T, Martins EF, Felisbino-Mendes MS. Obstetric analgesia in labor and its association with neonatal outcomes. *Rev Bras Enferm*. [internet]. 2020 [cited 2021 Jun 03]; 73(2):e20180757. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0757>.
27. Nicida LRA et al. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2020 [cited 2021 Jun 03]; 25(11):4531-4546. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202511.00752019>.
28. Sescato AC, Souza SRRK, WALL, Marilene L. Os cuidados não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. *Cogitare Enfermagem* [internet]. 2021 [cited 2021 Jun 03]; 13(4):2176-9133. Available from: doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v13i4.13120>.
29. Almeida JM, Acosta LG, Pinhal MG. Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto. *Rev Min Enferm* [internet]. 2015 [cited 2021 Jun 03]; 19(3): 711-717. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150054>.
30. Rodrigues FD, Sousa AL. As vantagens do parto humanizado para o recém-nascido. *Rev Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento* [internet]. 2019 [cited 2021 Jun 03]; Ed. 08, Vol. 08, pp. 155-188. Available from: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/vantagens-do-parto>.
31. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [internet]. 2017 [cited 2021 Jun 03]; Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
32. Gomes IEM, Padoin SMM, Langendorf TF, Paula CC, Gomes CA, Ribeiro AC. Benefícios da presença do acompanhante no processo de parto e nascimento: revisão integrativa. *Rev Enferm. UFSM* [internet]. 2019 [cited 2021 Jun 03]; 9(61):1-18. Available from: <https://dx.doi.org/10.5902/2179769234170>.
33. Silva BAA, Braga LP. Fatores promotores do vínculo mãe-bebê no puerpério imediato hospitalar: uma revisão integrativa. *Rev SBPH* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jun 06]; 22(1): 258-279. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100014&lng=pt.
34. Andrade LO de, Felix ESP, Souza FS et al. Práticas dos profissionais de enfermagem diante do parto humanizado. *Rev Enferm UFPE* [online]. 2017 [cited 2021 Jun 05] 11(6):2576-85. Available from: 10.5205/reuol.9799-86079-1-RV.1106sup201712