

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BEATRYS ROSA MEDEIROS DE MENEZES

APLICABILIDADE CLÍNICA DO RESULTADO DE ENFERMAGEM
“SATISFAÇÃO DA CLIENTE: PROCESSO DE PARTO ”

Juiz de Fora
2025

APLICABILIDADE CLÍNICA DO RESULTADO DE ENFERMAGEM
“SATISFAÇÃO DA CLIENTE: PROCESSO DE PARTO ”

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, da Universidade Federal
de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos
requisitos necessários à obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Suellen Cristina Dias Emidio.

Juiz de Fora
2025

APLICABILIDADE CLÍNICA DO RESULTADO DE ENFERMAGEM
“SATISFAÇÃO DA CLIENTE: PROCESSO DE PARTO ”

BANCA EXAMINADORA

Dra. Suellen Cristina Dias Emídio - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dra. Herica Silva Dutra – 1º Examinador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dra. Clara Fróes de Oliveira Sanfelice – 2º Examinador
Universidade Estadual de Campinas

Juiz de Fora

2025

Beatrys Rosa Medeiros de Menezes

Título: Aplicabilidade Clínica do Resultado de Enfermagem “Satisfação da Cliente: Processo de Parto”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Aprovada em 29 de setembro de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Suellen Cristina Dias Emídio - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dr^a Hérica Silva Dutra
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dr^a Clara Fróes de Oliveira Sanfelices
Universidade Estadual de Campinas

Juiz de Fora, 18/09/2025.



Documento assinado eletronicamente por **Clara Fróes de Oliveira Sanfelice, Usuário Externo**, em 02/10/2025, às 15:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Herica Silva Dutra, Professor(a)**, em 02/10/2025, às 17:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Suellen Cristina Dias Emídio, Professor(a)**, em 14/10/2025, às 11:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2626319** e o código CRC **2C7EAE2E**.

AGRADECIMENTOS

Em uma jornada de 2 anos, são diversas pessoas que passam por essa caminhada, cada uma com a sua contribuição. Deus é uma delas, ele se faz presente todo tempo durante a minha jornada, e só por ele, alcancei a graça de finalizar o mestrado. Junto dele, Santa Rita, e todos os santos que tanto peço intercessão tornaram do impossível, o possível em minha vida. Agradeço aos meus espíritos de luz que me guiam em minha caminhada.

Depois de Deus, a minha família, meus pais, com todo apoio e perseverança me incentivaram a continuar, a aprimorar e seguir em frente, minha mãe Catarina, meu pai Luciano, vó Cy, e meu noivo Jorge, foram fonte de apoio e ternura em momentos difíceis. Durante a análise dos resultados, agradeço meu noivo pelo seu empenho em me ajudar com as tabelas e por todo apoio físico e emocional, me dando forças para continuar, e achando um jeito para tudo.

Agradeço à minha orientadora Dra. Suellen Emídio, por todo apoio, orientações e partilha de experiências acadêmicas, científicas e de vida. Assim como as professoras Dra. Hérica Dutra, Dra. Elenice Carmona, Dra. Clara Fróes e Dra. Fernanda Abbud que nos orientaram durante a qualificação da minha pesquisa com excelentes ideias e aprimoramento do trabalho. Agradeço também ao professor Dr. Henrique Ceretta que nos auxiliou durante a análise dos resultados e apontamentos metodológicos para nossa pesquisa.

Para que essa pesquisa chegasse até o final, foram mais de 125 mulheres que contribuíram com a sua vivência. Cada puérpera abdicou um tempo do cuidado com seu filho para compartilhar sua experiência e externar sua satisfação com o processo vivenciado, foram alguns sorrisos, lágrimas, agradecimentos, abraços e partilha. O meu muito obrigada a cada participante deste estudo. Agradeço também ao Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora que aceitou a nossa pesquisa, assim como a equipe de enfermagem que nos auxiliou durante a coleta com as informações necessárias.

Foram diversos seres iluminados que percorreram esses dois anos, o meu muito obrigada por cada ajuda, partilha, apoio e presença. Um mestrado, não é feito sozinho, é feito de algumas mãos, corações, palavras e atitudes que juntas, produzem essa pesquisa. De mulheres, para mulheres.

"A verdadeira coragem é ir atrás de seu sonho mesmo quando todos dizem que ele é impossível" – Cora Coralina.

RESUMO

A avaliação da satisfação materna com o processo de parto é essencial para qualificar a assistência obstétrica e subsidiar práticas de cuidado centradas na mulher. Este estudo teve como objetivo realizar a aplicação clínica do Resultado de Enfermagem (RE) “Satisfação da cliente: processo de parto ” em puérperas atendidas no alojamento conjunto de um hospital filantrópico da cidade de Juiz de Fora. Trata-se de um estudo descritivo analítico, com abordagem quantitativa e qualitativa, desenvolvido para avaliar a aplicabilidade clínica do Resultado de Enfermagem “Satisfação da cliente: processo de parto” criado e validado a partir do “Satisfação do Cliente” publicado pela *Nursing Outcomes Classification - NOC*. A amostra foi composta por 125 mulheres, a pesquisa foi conduzida no alojamento conjunto de um hospital filantrópico localizado na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais. A coleta de dados foi realizada através da escala Mackey, utilizada apenas no alojamento conjunto e da aplicação do RE em três momentos distintos: o primeiro, no alojamento conjunto, 24 horas após o parto, já o segundo momento utilizado apenas o RE, via contato telefônico após sete dias, e o terceiro, até 45 dias de pós-parto. Além da aplicabilidade destes instrumentos, foi realizada a caracterização das participantes do estudo com variáveis sociodemográficas. Foram realizadas análises através do Teste Qui - quadrado de Pearson e Teste Exato de Fisher associando as variáveis sociodemográficas e os indicadores que apresentaram significância. Estimou-se p-valor 0,05, para o risco relativo das puérperas atribuírem notas 4 e 5 na escala Likert ao longo da coleta de dados, demonstrando melhora da satisfação com a assistência recebida ao longo do tempo. Os resultados apontaram menor satisfação entre mulheres de baixa renda e de raça parda ou preta. Observou-se elevada satisfação geral no pós-parto imediato, porém, nos momentos subsequentes, identificaram-se reduções significativas em indicadores como alívio da dor, realização de toques vaginais, intervenções durante o trabalho de parto, tempo de espera, continuidade dos cuidados, limpeza do ambiente e consideração da equipe assistencial. Esses achados evidenciam a relevância de avaliar a assistência obstétrica sob a perspectiva da mulher, reforçando a aplicabilidade clínica dos Resultados de Enfermagem como ferramenta para qualificação do cuidado. Conclui-se que o uso sistemático desse tipo de instrumento pode direcionar melhorias nos processos assistenciais e fomentar estratégias de educação continuada para a equipe de saúde.

Palavras-chave: Processo de Enfermagem; Terminologia Padronizada em Enfermagem; Trabalho de Parto; Satisfação do Paciente.

ABSTRACT

Assessing maternal satisfaction with the childbirth process is essential to improve obstetric care and support woman-centered care practices. This study aimed to clinically apply the Nursing Outcome (NO) "Client Satisfaction: Childbirth Process" to postpartum women treated in the rooming-in facility of a philanthropic hospital in the city of Juiz de Fora. This is a descriptive-analytical study, with a quantitative and qualitative approach, developed to evaluate the clinical applicability of the Nursing Outcome "Client Satisfaction: Childbirth Process," created and validated based on the "Client Satisfaction" published by the Nursing Outcomes Classification (NOC). The sample consisted of 125 women, and the research was conducted in the rooming-in facility of a philanthropic hospital located in the city of Juiz de Fora, Minas Gerais. Data collection was performed using the Mackey scale, used only in rooming-in, and the ER at three different time points: the first, in rooming-in, 24 hours after delivery; the second, using only the ER, via telephone contact after seven days; and the third, up to 45 days postpartum. In addition to the applicability of these instruments, the study participants were characterized using sociodemographic variables. Analyses were performed using Pearson's chi-square test and Fisher's exact test, associating sociodemographic variables with the indicators that presented significance. A p-value of 0.05 was estimated for the relative risk of postpartum women assigning scores of 4 or 5 on the Likert scale throughout data collection, demonstrating improved satisfaction with the care received over time. The results indicated lower satisfaction among low-income and brown or black women. High overall satisfaction was observed in the immediate postpartum period, but subsequent periods demonstrated significant reductions in indicators such as pain relief, vaginal examinations, interventions during labor, waiting time, continuity of care, environmental cleanliness, and consideration from the healthcare team. These findings highlight the importance of evaluating obstetric care from the woman's perspective, reinforcing the clinical applicability of Nursing Outcomes as a tool for improving care. We conclude that the systematic use of this type of instrument can drive improvements in care processes and foster continuing education strategies for the healthcare team.

Keywords: Nursing Process; Standardized Nursing Terminology; Labor, Obstetric; Patient Satisfaction.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Caracterização sociodemográfica, obstétrica e assistencial das participantes do estudo. Juiz de Fora-MG, 2025.	43
Tabela 02 – Distribuição da satisfação das participantes do estudo em T0 - 24h pós-parto e T1 - 7 a 10 dias pós-parto. Juiz de Fora-MG, 2025.....	46
Tabela 03 - Evolução da satisfação das participantes do estudo T0- 24h pós-parto, T1 - 7 a 10 dias pós-parto e T2- 30 a 45 dias pós-parto.Juiz de Fora-MG, 2025.....	51
Tabela 04 – Análise de regressão de Poisson com modelo GEE comparando T0 - 24h pós-parto e T1 - 7 a 10 dias pós-parto para a probabilidade de alta satisfação (notas 4 e 5).Juiz de Fora-MG, 2025.....	57
Tabela 05 – Análise de regressão de Poisson com modelo GEE comparando T0 - 24h pós-parto e T1 - 7 a 10 dias pós-parto e T3- 30 a 45 dias pós-parto. Juiz de Fora-MG, 2025.....	62

LISTA DE QUADROS

Quadro - 01: Resultado de Enfermagem “Satisfação do paciente: Trabalho de parto e nascimento”. Juiz de Fora-MG, 2025.....	27
Quadro - 02: Criação e validação do Resultado de Enfermagem - “Satisfação da Cliente: Processo de Parto”. Juiz de Fora-MG, 2025.....	29
Quadro - 03: Aplicação da escala “Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale” 24 horas após o parto. Juiz de Fora-MG, 2025.....	68

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Núcleos mais frequentes abordados nas respostas das participantes ligados à maior satisfação no parto. Juiz de Fora-MG, 2025..... 77

Gráfico 2 - Núcleos mais frequentes abordados nas respostas das participantes ligados à menor satisfação no parto. Juiz de Fora-MG, 2025..... 78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
BMSP	Bienestar Materno en Situación de Parto
BSS-R	Birth Satisfaction Scale – Revised
CAAE	Certificado de Apresentação Ética
CEQ	Childbirth Experience Questionnaire
CRH	Hormônio Liberador de Corticotropina
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COSMIN	Consensus-based Standards for the selection of health status
GEE	Generalized Estimating Equations
MCSRS	Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale
NANDA -I	North American Nursing Diagnosis Association
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
ODS	Objetivos para um Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde (OMS)
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PE	Processo de Enfermagem
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
QACE	Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience
RE	Resultado de Enfermagem
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1.0	INTRODUÇÃO	14
2.0	OBJETIVO.....	17
2.1	Objetivo Geral	17
2.2	Objetivo Específico	18
3.0	REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1	Evolução Histórica do Parto.....	18
3.2	Fisiologia do Parto	20
3.3	Políticas Públicas no Parto	22
3.4	Violência Obstétrica e Fatores de Interferência no Trabalho de Parto.....	24
3.5	Instrumentos para Mensurar a Satisfação da Mulher no Processo de Parto	26
3.6	O Processo de Enfermagem e os Sistemas de Linguagem Padronizada	32
3.7	Teorias de Enfermagem que Ancoram a Atuação do Enfermeiro na Assistência ao Parto	34
3.8	Processo de Validação e Aplicabilidade Clínica dos Resultados de Enfermagem	36
4.0	MÉTODO	37
4.1	Delineamento do Estudo.....	37
4.2	Local do Estudo.....	38
4.3	Participantes.....	38
4.4	Cálculo Amostral.....	39
4.5	Coleta de Dados.....	39
4.6	Análise dos Dados.....	40
4.7	Aspectos Éticos.....	42
5.0	RESULTADOS DO ESTUDO.....	42
5.1	Resultados - “Satisfação do Cliente: Processo de parto”	42
5.2	Resultados - Escala Mackey	67
6.0	DISCUSSÃO.....	79
7.0	CONCLUSÃO	86

8	REFERÊNCIAS	88
	APÊNDICES	97
	APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclare	97
	APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados do Perfil das Participantes	99
	APÊNDICE C -Instrumento para Resposta das Participantes.....	101
	ANEXOS	130
	ANEXO A - Definição conceitual, operacional e de magnitude do Resultado de Enfermagem “Satisfação da Cliente: Processo de Parto”	106
	ANEXO B - Escala <i>Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale</i>	130
	ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos	134

APRESENTAÇÃO

Quando pensei um dia em fazer enfermagem, não conseguia pensar em outra especialização a não ser enfermeira obstetra. Essa era a minha paixão desde o ensino médio, ter a experiência de assistir a partos e estar junto de mulheres neste momento.

Em 2018 ingressei na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora e comecei a me encantar ainda mais pela profissão, durante a minha caminhada fui moldando minhas atividades extracurriculares para área da saúde da mulher, com projetos de extensão, ligas, monitorias e projetos de iniciação científica.

Após um ano de faculdade terminei um curso para ser Doula, foi onde começou a minha trajetória na área. Realizava encontros à domicílio das mulheres para fazer educação perinatal com a família, prestava assistência pré-parto, acompanhava diversos partos hospitalares, e as mulheres em seu pós-parto auxiliando com a amamentação.

Arelado a essa vivência na prática, ingressei na LASMU - Liga Acadêmica de Saúde da Mulher, uma liga multidisciplinar que envolvia diversas atividades sobre a temática. Infelizmente não tive a oportunidade de ingressar em demais projetos e ligas da própria faculdade, pois foram surgindo ao final da minha trajetória.

Durante a escolha do TCC, percebi a necessidade de pesquisar sobre a amamentação, uma vez que vivenciava na prática a dificuldade de mulheres e a falta de atualização dos profissionais para orientá-las. Dentro de mim existia uma imensa vontade de escrever sobre lactogestação, um tema negligenciado e pouco abordado. Depois de um convite inusitado, minha querida professora Dra. Marluce aceitou me orientar e embarcar nessa jornada da saúde da mulher.

Arelado a essa pesquisa, vivenciava a prática de pediatria com a professora Dra. Suellen Emídio, e durante as aulas compartilhava a minha paixão pela temática materno infantil. Dessa forma, Suellen me convidou para integrar uma iniciação científica sobre intervenções de enfermagem acerca do manejo da amamentação, um tema que eu tanto gostava. Produzimos diversos resultados e ganhamos como o melhor trabalho científico do Congresso Mame Bem, com o título, “Eu mudo o mundo com a amamentação”, trabalho apresentado pela professora Dra. Alanna Paraíso.

Após a minha formatura, tinha certeza que gostaria de me especializar em obstetrícia. Iniciei os estudos e fui aprovada no curso de pós-graduação em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal do Rio de Janeiro e fui aceita no Mestrado de Enfermagem da minha

universidade de origem, sendo orientada pela prof. Suellen, dando continuidade em pesquisas na área materno infantil.

Sabendo da minha admiração sobre a obstetrícia, traçamos a nossa pesquisa no alojamento conjunto sobre a satisfação das mulheres com o seu processo de parto, associando suas vivências, a qualidade da assistência, e suas percepções. Durante a coleta de dados vivenciamos bons momentos, e alguns difíceis, mas de forma humanizada coletamos a satisfação dessas mulheres para propor mudanças, manutenções e aprimoramentos no serviço de saúde.

A nossa pesquisa apresenta objetivos científicos, de mensuração, aplicabilidade, mas também temos o objetivo de dar voz, a vivência dessas mulheres e proporcionar melhorias para as próximas parturientes que virão.

Humanização, acolhimento, cuidado, ciência, partilha, assistência de qualidade e outros pilares que norteiam a enfermagem obstétrica foram aplicados neste trabalho.

1 INTRODUÇÃO

O parto é um evento singular na trajetória da mulher e de sua família, marcado por intensas transformações físicas, emocionais e sociais. Historicamente, a autonomia feminina sobre seu processo de parto vem sendo suprimida por meio de práticas intervencionistas, manobras obstétricas, medicalização excessiva e imposição de cesarianas, muitas vezes sem justificativa clínica adequada (Ferreira *et al.*, 2021).

Com o avanço das pesquisas científicas e o fortalecimento de políticas públicas, a satisfação da mulher com seu processo de parto passou a ganhar visibilidade, sendo incorporada às diretrizes internacionais e programas governamentais como um indicador essencial da qualidade da assistência obstétrica (Vidal *et al.*, 2021).

Nesse contexto, a satisfação do paciente é compreendida como uma resposta multifatorial à assistência recebida durante o período de cuidado, estando diretamente associada à convergência entre as expectativas do paciente e a qualidade do atendimento ofertado (Bernardo *et al.*, 2021; Ramos *et al.*, 2022).

O serviço de enfermagem ocupa papel central nesse processo, pois envolve profissionais que prestam assistência direta, contínua e integral à parturiente desde a admissão até a alta, tornando-se determinantes na construção de uma experiência satisfatória (Bernardo *et al.*, 2021). A avaliação da satisfação no contexto obstétrico é especialmente relevante, uma vez que cada interação da equipe com a mulher durante o trabalho de parto pode influenciar sua percepção da experiência e, consequentemente, seu bem-estar físico e emocional (Rezende *et al.*, 2025; Abubakar *et al.*, 2023; Arrebola *et al.*, 2021).

Reconhecendo essa importância, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou, em 2018, o documento *Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*, que reúne 57 recomendações abrangendo o trabalho de parto, o cuidado com o recém-nascido e o pós-parto imediato (WHO, 2018). Esse marco propõe uma redefinição do cuidado obstétrico, ao direcionar os esforços não apenas para a redução da morbimortalidade materna e neonatal, mas também para a promoção de uma experiência positiva de parto, com base em evidências e direitos da mulher (WHO, 2018; Guterres *et al.*, 2025).

De acordo com a OMS, a experiência positiva do processo de parto é definida como a percepção subjetiva da mulher sobre sua vivência, caracterizada por segurança,

respeito, apoio emocional e físico, acesso à informação, autonomia sobre seu corpo e decisões, presença de acompanhante, liberdade de posição para parir, manejo adequado da dor e cuidado respeitoso ao recém-nascido. Essa abordagem amplia a visão tradicional centrada apenas em desfechos clínicos, ao incorporar dimensões subjetivas, emocionais, culturais e sociais da experiência do parto (WHO, 2018; Guterres *et al.*, 2025;).

Embora os termos experiência positiva e satisfação com o parto compartilhem pontos de interseção, tratam-se de constructos distintos. A experiência positiva está ancorada em princípios universais de respeito aos direitos da mulher, independentemente das expectativas prévias, constituindo um marco ético, político e assistencial para os sistemas de saúde (WHO, 2018). Assim, compreender a satisfação da mulher atrelado a experiência com seu parto, configura-se como um importante indicador da qualidade da assistência obstétrica, com impacto direto na formulação de políticas públicas e no aprimoramento das práticas profissionais (Makela *et al.*, 2023; Ramos *et al.*, 2022).

Já a satisfação está relacionada à avaliação subjetiva da mulher sobre o quanto o parto atendeu às suas expectativas pessoais, preferências e desejos, sendo influenciada por fatores como tipo de parto, controle da dor e apoio recebido (Arrebola *et al.*, 2021). Nesse sentido, a Classificação dos Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification* – NOC) surge como uma ferramenta importante, pois é um sistema padronizado que descreve e define resultados esperados da prática de enfermagem, permitindo a mensuração, avaliação e planejamento das intervenções de forma objetiva e baseada em evidências (Moorhead *et al.*, 2024). Seu propósito é fornecer à equipe de enfermagem indicadores claros para avaliar a efetividade dos cuidados prestados aos pacientes, promovendo assistência segura, eficaz e centrada no indivíduo.

No âmbito da assistência ao parto, a NOC contempla a dimensão da experiência da mulher por meio do resultado padronizado “Satisfação da Paciente: Trabalho de Parto e Nascimento”, definido como a “Extensão da percepção positiva do atendimento prestado pela equipe de enfermagem durante os serviços de parto e trabalho de parto” (Moorhead *et al.*, 2024). Esse resultado inclui indicadores avaliativos como controle da dor, autonomia nas decisões, qualidade da comunicação com a equipe, respeito à privacidade e à dignidade, apoio emocional, ambiente físico acolhedor, tempo de espera, acesso ao cuidado, sensação de segurança e vínculo inicial com o bebê.

O resultado “Satisfação da cliente: processo de parto” foi desenvolvido a partir de um resultado mais geral, intitulado “Satisfação do cliente”, em função da necessidade de

maior especificidade na avaliação da experiência da mulher durante o trabalho de parto e parto. Essa proposta foi elaborada e validada por Abbud *et al.* (2021), que definiram um conjunto de indicadores específicos para mensurar esse desfecho. Na última edição da NOC (Moorhead *et al.*, 2024), esse resultado foi oficialmente incorporado à classificação, porém com alterações em sua estrutura e nos indicadores avaliativos, refletindo a revisão editorial, atualizações terminológicas e ajustes metodológicos realizados pelos autores da taxonomia.

Em nosso estudo, optou-se por utilizar os indicadores construídos por Abbud *et al.* (2021), uma vez que os indicadores publicados na versão mais recente da NOC não estavam disponíveis no momento da concepção da pesquisa e da coleta de dados. Essa escolha não compromete a validade do estudo, pois manteve-se coerente com o referencial da NOC, garantindo a mensuração padronizada da satisfação da cliente no processo de parto, de acordo com a melhor evidência científica disponível à época.

Além da NOC, diversas escalas validadas têm sido utilizadas para avaliar a satisfação da mulher com o processo de parto. Dentre elas, destaca-se a Birth Satisfaction Scale – Revised (BSS-R), que contempla aspectos como a qualidade do cuidado prestado, o estresse, a dor durante o parto, e o sentimento de controle pessoal (Costa *et al.*, 2019). A Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE) avalia a experiência emocional da mulher, considerando o apoio recebido, a comunicação com a equipe e o respeito às suas decisões (Carquillat *et al.*, 2017). Já a Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale possui abordagem mais abrangente, incluindo a percepção da mulher sobre o apoio do parceiro, a assistência médica e a atuação da equipe de enfermagem, permitindo análise quantitativa e qualitativa da experiência de parto (Lopes *et al.*, 2023).

A atuação da enfermagem obstétrica, especialmente durante o trabalho de parto, desempenha papel estratégico na construção de uma experiência positiva e satisfatória para a mulher (Costa *et al.*, 2024). Por meio do Processo de Enfermagem (PE) em suas cinco etapas (coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução), é possível prestar cuidados individualizados, fundamentados em evidências científicas e centrados nas necessidades da mulher (COFEN, 2024). A presença contínua da enfermeira obstetra ao lado da parturiente, aliada ao apoio emocional, à escuta qualificada e à competência técnica, tem sido associada à redução de intervenções desnecessárias e ao aumento dos índices de satisfação materna (Hill *et al.*, 2020).

A forma como o parto é vivenciado pode gerar impactos imediatos e duradouros na saúde física e mental da mulher. Assim, compreender a satisfação materna ultrapassa a mensuração de indicadores clínicos, exigindo uma abordagem integral que reconheça os aspectos subjetivos, emocionais, sociais e culturais envolvidos na experiência de dar à luz (Ramos *et al.*, 2022; Arrebola *et al.*, 2021).

Atualmente, observa-se crescente produção científica voltada à avaliação da satisfação materna, especialmente no contexto dos centros de parto. Essa temática encontra-se alinhada à Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, que inclui a subagenda “Saúde da Mulher” com foco na efetividade da humanização do parto e nos estudos de satisfação das usuárias durante a gravidez, parto e puerpério (ONU, 2014). Ademais, está articulada aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) propostos pela ONU e endossados pela OMS, em especial aqueles que visam reduzir as taxas de cesárea desnecessária, humanizar a assistência ao parto e diminuir a mortalidade materna (ONU, 2014; Dias *et al.*, 2022).

No Brasil, as estimativas indicam que aproximadamente 57% dos partos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS) ocorrem por meio de cesarianas, enquanto na assistência suplementar a taxa alcança cerca de 81%. Esses valores evidenciam um número expressivo de intervenções cirúrgicas realizadas, muitas vezes, sem indicações obstétricas justificadas, contrastando com o parâmetro recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que preconiza taxas em torno de 15%, limitadas aos casos em que a cesariana é clinicamente indicada (ANS 2023; OMS 2015; Brasil 2023).

Dessa forma, a avaliação da satisfação da mulher com o parto constitui, portanto, ferramenta estratégica para a qualificação da assistência. Por meio dela, é possível identificar lacunas, planejar intervenções, capacitar profissionais e fortalecer práticas baseadas em evidências (WHO, 2018).

Diante da relevância da temática, o presente estudo tem como objetivo avaliar aplicabilidade clínica dos indicadores do resultado de enfermagem “Satisfação da cliente: processo de parto”, conforme estabelecido pela NOC. Aplicar este resultado na prática clínica contribuirá para o aprimoramento da prática assistencial, fortalecendo a base científica da enfermagem obstétrica e subsidiando futuras investigações voltadas à melhoria contínua do cuidado à mulher no contexto do parto.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral:

Avaliar a aplicabilidade clínica do Resultado de Enfermagem “Satisfação da cliente: processo de parto ” em puérperas atendidas em um alojamento conjunto.

2.2 Objetivos Específicos:

- Aplicar o Resultado de Enfermagem “Satisfação da cliente: processo de parto ” em puérperas no contexto do alojamento conjunto;
- Analisar a satisfação das puérperas quanto ao trabalho de parto e nascimento, com base nos indicadores da escala Mackey - *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale*;
- Verificar a consistência da escala de indicadores dos Resultado de Enfermagem “Satisfação da cliente: processo de parto” quanto à sua aplicabilidade clínica no cenário assistencial hospitalar;
- Comparar a pontuação atribuída pelas puérperas ao Resultado de Enfermagem durante a internação no alojamento conjunto e após a alta hospitalar em dois tempos;
- Identificar associações entre características sociodemográficas e obstétricas das puérperas e os níveis de satisfação atribuídos aos indicadores do Resultado de Enfermagem avaliado.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO PARTO

Até o século XIX, o parto era compreendido como um evento essencialmente feminino, protagonizado pela mulher, assistido por parteiras e realizado no domicílio, em um ambiente acolhedor e cercado por familiares. Com o avanço da medicina, teve início a formação de médicos, predominantemente homens, para a assistência ao parto. Esse processo resultou na transição da mulher de protagonista para paciente e transformou o parto de um fenômeno fisiológico em um procedimento médico marcado por diversas

intervenções. A ascensão do patriarcado impôs a patologização dos corpos femininos, como analisado pelo filósofo Michel Foucault, medicalizando um evento antes natural e centrado na mulher (Ghulmiyyah *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2023).

A crescente instrumentalização do parto trouxe consigo inúmeras formas de violência obstétrica, muitas vezes justificadas como práticas necessárias à realização do parto vaginal. Entre essas intervenções destacam-se: a manobra de Kristeller, a episiotomia rotineira, a violência verbal, a imobilização da mulher no leito, a obrigatoriedade da posição de litotomia, a proibição da presença de acompanhante, a restrição de líquidos e alimentos e a separação do binômio mãe-bebê no pós-parto imediato (Ferreira *et al.*, 2021; Leite *et al.*, 2022).

Tais práticas contribuíram para uma mudança na percepção social sobre o parto vaginal, que passou a ser temido por muitas mulheres. Além da dor física e do sofrimento psicológico, observou-se um aumento significativo na mortalidade materna e em complicações como hemorragias pós-parto, infecções puerperais, depressão pós-parto, dificuldades com a amamentação, disfunções sexuais e incontinências (Ferreira *et al.*, 2021).

Com o aprimoramento das técnicas cirúrgicas, a cesariana passou a ser difundida como uma solução moderna e segura para o parto, especialmente em situações de alto risco. Inicialmente indicada em casos específicos, a cirurgia era, em sua maioria, realizada por médicos homens, com um modelo de cuidado centrado na biomedicina e no hospital. De fato, a cesariana salvou inúmeras vidas quando adequadamente indicada, no entanto, com o tempo, tornou-se uma prática amplamente realizada, mesmo sem necessidade clínica, sendo frequentemente escolhida tanto por mulheres quanto por profissionais de saúde (Santos *et al.*, 2023).

Estudos recentes demonstram que a realização indiscriminada de cesarianas aumenta os riscos para mães e bebês (Antoine *et al.*, 2020; Betran *et al.*, 2021). Desde 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a redução das taxas de cesáreas e o incentivo ao parto vaginal, com menor intervenção médica e estímulo ao protagonismo da mulher. A taxa ideal de cesariana, segundo a OMS, situa-se entre 10% e 15% dos partos em cada país (OMS, 1996).

Apesar dessas recomendações, o Brasil continua ocupando a segunda posição entre os países que mais realizam cesarianas no mundo, com uma taxa aproximada de 57%, esse

número é ainda mais elevado na rede privada, onde chega a aproximadamente 85 % (Dias *et al.*, 2022; Betran *et al.*, 2021).

A Lei nº 17.137, de 23 de agosto de 2019, regulamenta o direito da gestante à escolha pelo parto cesariano, inclusive no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da 39ª semana de gestação, desde que devidamente informada sobre os riscos e benefícios do procedimento. Essa legislação tem como objetivo garantir a autonomia da mulher na tomada de decisão sobre o tipo de parto, assegurando-lhe o direito à informação e ao consentimento livre e esclarecido. A lei reforça a importância da humanização da assistência obstétrica, equilibrando o respeito à vontade da gestante com a necessidade de reduzir o número de cesarianas desnecessárias integrando o princípio da autonomia reprodutiva aos protocolos clínicos e diretrizes de atenção ao parto e nascimento no sistema público de saúde.

Embora a prevalência das cesarianas ainda seja elevada, observa-se, nos últimos anos, um esforço nacional na formulação e reformulação de políticas públicas voltadas à atenção ao parto. Tais políticas visam à valorização do parto vaginal e à recuperação de saberes culturais e científicos que promovem a autonomia feminina.

No entanto, profissionais como as enfermeiras obstétricas ainda enfrentam barreiras significativas no exercício pleno de suas competências, especialmente na assistência ao parto de risco habitual e, de forma mais acentuada, no contexto domiciliar. Esse cenário aponta para a necessidade de transformações profundas e rompimento com o modelo hegemônico que historicamente tem orientado a assistência obstétrica no Brasil (Vidal *et al.*, 2021).

3.2 FISILOGIA DO PARTO

O corpo feminino é submetido a diversas modificações hormonais ao longo das diferentes fases do ciclo vital. Desde a vida intrauterina, os hormônios já exercem influência sobre o organismo, intensificando sua atuação com o advento da puberdade, momento em que se iniciam os ciclos menstruais, os quais preparam ciclicamente o útero para uma possível fecundação. Quando ocorre a união entre um óvulo viável e um espermatozóide, inicia-se o processo de fecundação e subsequente desenvolvimento embrionário, culminando, com a progressão das semanas gestacionais e a formação do feto (Abalos *et al.*, 2020).

Diversos fatores fisiológicos contribuem para o desencadeamento do trabalho de parto. Dentre eles, destaca-se a maturação pulmonar fetal, a qual possibilita a produção de surfactante, substância essencial para a estabilidade dos alvéolos pulmonares. A liberação do surfactante está associada ao aumento da produção de estriol, estrogênio responsável por inibir a liberação de progesterona, hormônio que mantém a quiescência uterina. A redução dos níveis de progesterona favorece, portanto, o início das contrações uterinas (Rezende, 2024; Abalos *et al.*, 2020).

Paralelamente, o crescimento fetal promove a distensão da parede uterina, desencadeando a liberação de hormônios relacionados ao estresse, como o cortisol e o hormônio liberador de corticotropina (CRH). Esses hormônios contribuem para o aumento dos níveis de estriol e, conseqüentemente, para a inibição progressiva da progesterona. Sob o estímulo do estriol, há a indução da síntese de prostaglandinas, que, em conjunto com a relaxina, promovem o relaxamento e a distensão dos ligamentos pélvicos, e assim, facilitam a futura passagem fetal (Rezende, 2024; Rivas *et al.*, 2024).

Adicionalmente, o estrogênio eleva a sensibilidade do miométrio à ocitocina neuro-hormônio produzido pela neuro-hipófise, cuja ação é fundamental para a indução e manutenção de contrações uterinas rítmicas e coordenadas. A efetividade da ocitocina está condicionada à ativação prévia de seus receptores uterinos. Durante o trabalho de parto, ocorre um mecanismo de retroalimentação positiva: quanto mais o feto pressiona o colo do útero, maior é a liberação de ocitocina, intensificando a frequência e a intensidade das contrações, promovendo a dilatação cervical e favorecendo a progressão do parto (Rivas *et al.*, 2024).

À medida que o trabalho de parto avança e a dor se intensifica, o organismo materno libera opióides endógenos, como as endorfinas, que atuam como moduladores da dor e do estresse, influenciando tanto o organismo materno quanto o fetal. Esses neurotransmissores contribuem para a alteração da consciência da parturiente, propiciando, posteriormente, lembranças fragmentadas e seletivas da dor e dos momentos vivenciados durante o parto (Rivas *et al.*, 2024; Abalos *et al.*, 2020).

A complexa interação entre esses hormônios suscitou novas abordagens sobre a fisiologia do parto, especialmente no que se refere à sua correlação com a sexualidade. O médico e pesquisador Michel Odent introduziu o conceito de “cérebro primitivo”, distinguindo-o do neocórtex, responsável pela racionalidade. Segundo Odent, o cérebro

primitivo é o centro da liberação hormonal relacionada ao instinto, prazer e emoções (Odent, 2001).

Para que a fisiologia do parto ocorra de forma plena e espontânea, é necessário que a mulher acesse esse estado instintivo, semelhante ao do ato sexual, no qual sensações, sentimentos e prazer são protagonistas. Para isso, é fundamental garantir um ambiente acolhedor, com baixa luminosidade, presença restrita de pessoas, ausência de intervenções desnecessárias e respeito à individualidade e ao protagonismo da mulher no processo de parir (Dahan, 2023; Odent 2001).

É importante ressaltar que hormônios como a ocitocina, e prolactina e as endorfinas também presentes na atividade sexual, estão diretamente envolvidos no processo fisiológico do parto, reforçando o poder intrínseco da mulher e sua autonomia sobre o próprio corpo. Entretanto, a liberação exacerbada de adrenalina, pode ativar o eixo de resposta ao estresse, induzindo o mecanismo de “luta ou fuga”, o que, por sua vez, inibe a ação dos hormônios que favorecem a progressão do parto. Tal situação é frequentemente observada em contextos nos quais a mulher é exposta a estímulos estressores ou a ambientes hostis durante o trabalho de parto (Abalos *et al.*, 2020).

A compreensão dos mecanismos fisiológicos e emocionais que envolvem o parto está intimamente relacionada à satisfação da mulher com a experiência de parir. O respeito ao processo natural e à autonomia feminina reflete diretamente no bem-estar físico e psicológico da parturiente. Quando o parto ocorre em um ambiente acolhedor, com estímulo à produção fisiológica de ocitocina e endorfinas, e sem intervenções desnecessárias, observa-se maior sensação de controle, empoderamento e prazer, resultando em vivências mais positivas e gratificantes (Dahan, 2023; Muniz *et al.*, 2020).

Em contrapartida, a exposição a situações estressoras, o excesso de intervenções e a ausência de suporte emocional adequado podem gerar sentimentos de medo, impotência e insatisfação, interferindo negativamente na satisfação da parturiente (Hill *et al.*, 2020). Assim, promover práticas assistenciais baseadas na humanização do parto, na escuta ativa e na valorização da fisiologia e do protagonismo feminino, constitui elemento essencial para a melhoria dos indicadores de satisfação materna e para a consolidação de um cuidado obstétrico ético, seguro e centrado na mulher.

Dessa maneira, para que o parto fisiológico ocorra de forma segura e respeitosa, torna-se imprescindível a minimização de intervenções desnecessárias, a criação de um ambiente seguro e acolhedor, a presença do acompanhante de livre escolha, o respeito às

decisões da parturiente, bem como a oferta de informações, estratégias de empoderamento e estímulo à autonomia corporal (Muniz et al., 2020). Além disso, deve-se assegurar o acesso a métodos de alívio da dor, farmacológicos e não farmacológicos, e, no pós-parto, promover o contato pele a pele entre mãe e recém-nascido, favorecendo a liberação de ocitocina, a iniciação precoce da amamentação, uma recuperação pós-parto mais efetiva e maior satisfação materna com o processo (Hill et al., 2020).

3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO

Por muitos anos, o corpo feminino foi percebido apenas como instrumento reprodutivo, recebendo atenção à saúde de forma restrita ao período gestacional, enquanto outras fases da vida da mulher eram frequentemente negligenciadas. Foi apenas a partir de 1984 que o Brasil iniciou a ampliação das políticas públicas voltadas à saúde da mulher, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher -PAISM (Brasil, 2004).

Esse programa representou um marco ao propor uma abordagem ampliada, contemplando o cuidado para além do ciclo gravídico-puerperal, com atenção ao planejamento familiar, pré-natal, puerpério, saúde ginecológica e prevenção de doenças. No entanto, o PAISM apresentava limitações em relação à atenção a mulheres pertencentes a diferentes grupos raciais, contextos socioeconômicos e realidades territoriais (Brasil, 2004).

Em 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de reduzir as elevadas taxas de mortalidade materna, garantir o acesso ao pré-natal de qualidade e assegurar um cuidado baseado em evidências. O programa estabelece, como mínimo, a realização de seis consultas de pré-natal, exames laboratoriais e de imagem, acesso a vacinas, ações de educação em saúde e a promoção de um parto respeitoso, com protagonismo da mulher (Brasil, 2002).

Já em 2004, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), consolidando uma abordagem mais abrangente e interseccional. Essa política passou a incluir todas as fases da vida da mulher, contemplando desde o planejamento reprodutivo, com acesso a métodos contraceptivos e orientações para a concepção, até a assistência durante o pré-natal, parto e pós-parto. Também incorporou ações de prevenção às infecções sexualmente transmissíveis, rastreamento de cânceres de mama e de colo do

útero, assistência na menopausa e cuidado com a saúde mental. A PNAISM avançou ainda ao reconhecer as especificidades de mulheres em situação de vulnerabilidade, como aquelas privadas de liberdade, trabalhadoras rurais, indígenas e vítimas de violência doméstica (Brasil, 2004).

Uma iniciativa fundamental para o fortalecimento do cuidado materno-infantil foi a criação, em 2011, da Rede Cegonha, um conjunto de ações estruturadas com o objetivo de qualificar a assistência às mulheres desde o planejamento reprodutivo até o pós-parto, além de garantir cuidados integrais ao bebê até os 24 meses de vida (Brasil, 2011). Recentemente, a Rede Cegonha passou por uma reformulação e foi substituída pela Rede Alyne, essa nova configuração tem como metas a redução da mortalidade materna em 25% até 2027, a promoção da equidade racial na assistência, a ampliação da cobertura e da qualidade do pré-natal, o aprimoramento do atendimento intraparto nas maternidades e o fortalecimento do acompanhamento pós-parto (Brasil, 2024).

Como parte dos esforços para qualificar a atenção obstétrica, o Ministério da Saúde publicou, em 2017, a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Essa diretriz incorpora novas evidências científicas sobre condutas no trabalho de parto, práticas baseadas em evidências, prevenção de mortalidade materna e garantia de um parto seguro, respeitoso e livre de violências (Brasil, 2017).

Apesar dos avanços promovidos por essas políticas, as taxas de mortalidade materna e infantil no Brasil ainda permanecem elevadas, revelando desigualdades no acesso, na qualidade da assistência e na continuidade do cuidado (Vidal *et al.*, 2021). Dentre os compromissos assumidos pelo Brasil nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) está a meta de reduzir, até 2030, a taxa de mortalidade materna para, no máximo, 30 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos (ONU, 2014). Nesse contexto, a reestruturação da Rede Cegonha em Rede Alyne representa uma estratégia fundamental para atingir esse objetivo, prevendo maior investimento em maternidades, ampliação da cobertura de exames e qualificação da atenção pré-natal.

Dessa forma, a trajetória histórica das políticas públicas voltadas à saúde da mulher revela um processo de transformação progressiva, com a ampliação do cuidado integral em todas as fases da vida, melhoria no acesso aos serviços de saúde, qualificação das ações prestadas e expansão da cobertura, reafirmando o compromisso com a equidade e a humanização da assistência.

3.4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E FATORES DE INTERFERÊNCIA NO TRABALHO DE PARTO

O processo do trabalho de parto é suscetível à influência de múltiplos fatores, tanto de natureza física quanto psicológica. Para que a liberação hormonal ocorra de maneira adequada, é imprescindível que a gestante se sinta segura, acolhida, confortável e amparada em seus direitos (Abalos *et al.*, 2020). A ausência de uma assistência pautada nesses princípios pode ocasionar impactos significativos, como o prolongamento da duração do trabalho de parto, intensificação da dor, maior exaustão materna e aumento dos riscos no período pós-parto (Afework *et al.*, 2023).

Com o avanço das políticas públicas em saúde, práticas anteriormente negligenciadas ou naturalizadas passaram a ser revistas à luz de evidências científicas atualizadas. Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) por meio do documento "*Care in Normal Birth: A Practical Guide*" classifica como práticas inadequadas determinadas condutas rotineiramente aplicadas durante o parto, como o uso de enema, tricotomia, posição litotômica, manobra de Kristeller, episiotomia, puxo dirigido e distensão manual do períneo. (WHO, 2018; Guterres *et al.*, 2025).

Apesar dos avanços normativos, a definição de "violência obstétrica" ainda é objeto de debate entre estudiosos, instituições e movimentos sociais. Em 2014, a OMS passou a caracterizar tal violência como a prática de ações negligentes, agressões verbais, realização de procedimentos sem consentimento, violência física, restrição da presença do acompanhante, violação da privacidade e realização de manobras que causem danos à saúde da mulher (OMS, 2014; Ghulmiyyah *et al.*, 2020)

No entanto, mesmo com essas orientações, o Brasil ainda carece de uma legislação federal específica que tipifique e criminalize a violência obstétrica, o que perpetua a sua ocorrência em determinadas instituições e entre alguns profissionais. Estimativas indicam que uma em cada quatro mulheres no país vivencia alguma forma de violência obstétrica (Marques *et al.*, 2020; Leite *et al.*, 2022).

Diante dessa realidade, movimentos sociais organizados, compostos por mulheres e profissionais ativistas da humanização do parto, impulsionaram a criação de políticas públicas voltadas à garantia dos direitos das gestantes e parturientes. Entre esses direitos, destacam-se: a livre escolha da maternidade, a definição de um acompanhante, a presença de uma doula, a escolha da via de parto com base em critérios clínicos e não em

conveniências institucionais, além da liberdade de movimentação, de posição para o parto, e do consumo de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto (Santos *et al.*, 2023).

Tais direitos encontram respaldo legal e podem ser formalizados por meio da elaboração do plano de parto. A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, publicada pelo Ministério da Saúde em 2016, reconhece e recomenda a adoção do plano de parto como uma importante ferramenta de fortalecimento da autonomia da mulher no processo de parturição. Essa diretriz orienta sua elaboração preferencialmente durante o pré-natal, por meio de um diálogo qualificado entre a gestante e os profissionais de saúde, considerando suas preferências e desejos em relação às condutas e procedimentos que podem ser adotados durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Brasil, 2016).

O plano de parto é apresentado como uma estratégia de cuidado centrado na mulher, favorecendo o protagonismo feminino e contribuindo para uma experiência de parto mais positiva e respeitosa. A diretriz reforça ainda que esse documento deve ser respeitado pelas equipes de saúde, salvo em situações excepcionais que exijam condutas emergenciais para a preservação da vida e da saúde da mãe ou do recém-nascido (Macedo *et al.*, 2023).

Nesse contexto, o plano de parto integra a assistência obstétrica não apenas como um documento orientador, mas como um instrumento que oferece segurança à mulher e respaldo ético à equipe de saúde, promovendo a humanização do cuidado e garantindo maior segurança para a mulher e sua família. Sua utilização é recomendada em diversas diretrizes nacionais e internacionais, como o “Manual de Boas Práticas para o Parto” e “Recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience” (Ghahremani *et al.*, 2023; OMS, 2018; Brasil, 2017).

Diante do exposto, evidencia-se a multiplicidade de fatores que podem interferir na fisiologia do parto, especialmente na liberação hormonal e no bem-estar psíquico da mulher. Nesse sentido, destaca-se a importância da criação e implementação de indicadores de satisfação materna, que possibilitem a coleta sistemática de dados sobre a experiência vivida pelas mulheres durante o parto. Tais indicadores são fundamentais para fomentar a produção científica, subsidiar a formulação de políticas públicas mais eficazes, qualificar a prática profissional e, sobretudo, contribuir para a erradicação da violência obstétrica nas instituições de saúde (Leite *et al.*, 2022; Garrett *et al.*, 2021).

3.5 INSTRUMENTOS PARA MENSURAR A SATISFAÇÃO DA MULHER NO PROCESSO DE PARTO

A satisfação do cliente é um dos parâmetros mais relevantes para avaliar a qualidade da assistência prestada por uma instituição de saúde. Para alcançar um nível satisfatório de cuidado, é fundamental a eficiência na gestão do cuidado, envolvendo a equipe multiprofissional, a qualidade da assistência, o ambiente, os insumos e a hotelaria hospitalar (Bernardo *et al.*, 2021).

Nesse contexto, a satisfação da mulher durante o processo de parto configura-se como um indicador essencial para a avaliação da qualidade da assistência obstétrica. A mensuração dessa satisfação permite identificar fatores que influenciam positivamente ou negativamente na experiência da mulher, subsidiando a implementação de políticas, protocolos e intervenções que promovam o cuidado humanizado e eficaz (Bernardo *et al.*, 2021; Costa *et al.*, 2023). Assim, a avaliação criteriosa e sistematizada da satisfação materna é fundamental para a melhoria contínua dos serviços de saúde.

Para a avaliação quantitativa da satisfação, instrumentos padronizados são indispensáveis. A NOC destaca-se nesse contexto por oferecer uma classificação estruturada de resultados de enfermagem com linguagem padronizada, contemplando indicadores, escalas e desfechos relacionados aos estados e comportamentos dos pacientes, seus familiares e cuidadores, em resposta às intervenções realizadas (Moorhead *et al.*, 2020). No âmbito obstétrico, a NOC 7^o edição, publicada em 2024, propõe o resultado “Satisfação da Paciente: Trabalho de Parto e Nascimento”, utilizando a escala Likert que oscila de 1 a 5, permitindo aferir a percepção da mulher sobre a qualidade da assistência recebida, desde “insatisfeita” até “completamente satisfeita” (Abbud *et al.*, 2021).

Esse novo resultado de enfermagem foi publicado com base na criação e validação do instrumento “Satisfação do cliente: processo de parto” criado a partir do RE de Enfermagem proposto pela NOC “Satisfação do Cliente”. O quadro abaixo apresenta o RE lançado na última edição.

Quadro - 01: Resultado de Enfermagem “Satisfação do paciente: Trabalho de parto e nascimento”. Juiz de Fora-MG, 2025.

Satisfação do paciente: Trabalho de parto e nascimento						3019
Definição: extensão da percepção positiva do atendimento prestado pela equipe de enfermagem durante os serviços de parto e trabalho de parto						
Classificação da Meta do Resultado: Manter Em _____ Aumentar Para _____						
Classificação Geral do Resultado	Nada satisfeito 1	Pouco satisfeito 2	Moderadamente satisfeito 3	Muito satisfeito 4	Totalmente satisfeito 5	NA
Indicadores						
Consideração das preferências de cuidados pessoais	1	2	3	4	5	NA
Orientação sobre a sala, os equipamentos e as rotinas	1	2	3	4	5	NA
Manutenção da privacidade	1	2	3	4	5	NA
Cortesia demonstrada pela equipe	1	2	3	4	5	NA
Proteção dos direitos legais do paciente	1	2	3	4	5	NA
Respeito pela participação dos membros da família nos cuidados	1	2	3	4	5	NA
Informações fornecidas de forma compreensível	1	2	3	4	5	NA
Informações para melhorar a participação nos cuidados	1	2	3	4	5	NA
Informações sobre o estado do lactente	1	2	3	4	5	NA
Informações sobre o progresso do trabalho de parto	1	2	3	4	5	NA
Informações sobre opções para alívio da dor	1	2	3	4	5	NA
Condutas adotadas para proporcionar conforto	1	2	3	4	5	NA
Intervenções não farmacológicas para o controle da dor	1	2	3	4	5	NA
Intervenções farmacológicas para o controle da dor	1	2	3	4	5	NA

<i>Satisfação do paciente: Trabalho de parto e nascimento</i>						3019
Ajuda nas mudanças de posição durante o atendimento	1	2	3	4	5	NA
Coordenação da assistência entre as unidades de atendimento	1	2	3	4	5	NA
Assistência na seleção de alimentos e líquidos	1	2	3	4	5	NA
Limpeza do ambiente de atendimento	1	2	3	4	5	NA
Tempo de espera para ter suas necessidades atendidas	1	2	3	4	5	NA
Competência da equipe	1	2	3	4	5	NA
Instruções sobre os cuidados com o lactente	1	2	3	4	5	NA
Instruções sobre a amamentação	1	2	3	4	5	NA
Instruções sobre os cuidados pós-parto	1	2	3	4	5	NA
Disponibilidade de suprimentos e equipamentos necessários para o atendimento	1	2	3	4	5	NA
Atendimento consistente com as crenças culturais	1	2	3	4	5	NA
Medidas de segurança para o paciente	1	2	3	4	5	NA
Estratégias para a prevenção de quedas	1	2	3	4	5	NA
Participação no planejamento da alta	1	2	3	4	5	NA
Domínio – Saúde e Qualidade de Vida (V) Classe – Satisfação com o Cuidado (EE) 7ª edição 2024						

Fonte: MOORHEAD, Sue et al. NOC: classificação dos resultados de enfermagem. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2024.

Essa atualização apresentada no quadro acima amplia de 25 para 28 indicadores e modifica determinados indicadores utilizados na criação e validação do instrumento “Satisfação do cliente: processo de parto” apresentados abaixo:

Quadro - 02: Criação e validação do Resultado de Enfermagem - “Satisfação da Cliente: Processo de Parto”. Juiz de Fora-MG, 2025.

SATISFAÇÃO DA CLIENTE: PROCESSO DE PARTO	
Definição: extensão da percepção positiva das mulheres quantos aos cuidados prestados pela equipe de saúde durante o processo do parto	
Magnitude	
1. Insatisfeita = relata estar insatisfeita com as informações referentes aos métodos para o alívio da dor	
2. Pouco satisfeita = relata estar pouco satisfeita com as informações referentes aos métodos para o alívio da dor.	
3. Moderadamente satisfeita = relata estar moderadamente satisfeita com as informações referentes aos métodos para o alívio da dor.	
4. Muito satisfeita = relata estar muito satisfeita com as informações referentes aos métodos para o alívio da dor	
5. Completamente satisfeita: relata estar completamente satisfeita com as informações referentes aos métodos para o alívio da dor	
NA: não se aplica	
1. Informações recebidas sobre os métodos para o alívio da dor	
2. Cuidados não farmacológicos para o controle da dor	
3. Cuidados farmacológicos para o controle da dor.	
4. Proteção do direito legal da presença de um acompanhante.	
5. Preferências pessoais foram consideradas ao longo dos cuidados	
6. Auxílio e/ou estímulo para mudanças de posição desejadas durante o processo de parto	
7. Continuidade dos cuidados à medida que a mulher é transferida de um ambiente para outro.	
8. Assistência na escolha e no acesso a alimentos e líquidos para consumo.	
9. Assistência para manter o conforto	
10. Instruções para melhorar a participação da mulher no processo de parto.	
11. A equipe apresenta informações de forma compreensível.	
12. Limpeza do ambiente de cuidado	
13. Tempo de espera para ter as necessidades atendidas	

14. Conhecimento e habilidade demonstrados pela equipe de saúde durante o processo de parto
15. Acesso a suprimentos e equipamentos
16. Promoção da privacidade
17. Integração de crenças culturais aos cuidados de enfermagem
18. Uso do nome do cliente ao longo dos cuidados
19. Equipe se comunica com a cliente sem demonstrar julgamentos
20. Cortesia demonstrada pela equipe
21. Consideração demonstrada pela equipe quanto aos sentimentos e opiniões da mulher.
22. Segurança quanto à identificação da cliente em pulseira e leito
23. Informações e condutas para prevenção de quedas ao longo do processo de parto
24. Uso apropriado do toque vaginal.
25. Intervenções e manobras no processo de parto

Fonte: ABBUD, Fernanda et al. Desenvolvimento e validação de conteúdo do resultado de enfermagem “satisfação da cliente: processo de parto.

Às definições conceituais e operacionais deste instrumento validado (Anexo A) apresentam detalhadamente a finalidade de cada indicador. Além deste, destacam-se outros instrumentos psicométricamente validados que permitem uma análise aprofundada da experiência da mulher durante o parto. Entre esses, a Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS), denominada Escala Mackey (Anexo B), apresenta-se como um dos mais amplos e robustos instrumentos. Desenvolvida nos Estados Unidos, foi traduzida, validada e adaptada para o contexto brasileiro, garantindo sua validade cultural e confiabilidade (Nogueira *et al.*, 2022; Lopes, 2023).

A Escala Mackey avalia múltiplas dimensões da experiência do parto, incluindo a autopercepção física e emocional da mulher, a participação do parceiro, a atuação da equipe de saúde, a satisfação com a vitalidade do recém-nascido e uma avaliação global da experiência com o parto (Lopes, 2023). Sua abrangência multidimensional torna a escala particularmente adequada para captar nuances da experiência que impactam diretamente na satisfação materna.

A Escala Mackey apresenta capacidade de proporcionar uma avaliação integral e sensível às diversas facetas do processo de parto. Sua utilização possibilita identificar áreas específicas que requerem intervenção, como suporte emocional, comunicação da equipe,

autonomia da mulher e envolvimento do acompanhante. Por ser validada e culturalmente adaptada para o Brasil, garante a fidedignidade dos dados coletados, viabilizando a comparação entre instituições e a construção de políticas públicas embasadas em evidências (Lopes *et al.*, 2021).

Outros instrumentos também têm sido empregados na avaliação da satisfação obstétrica, como a “Care in Obstetrics: Measure for Testing Satisfaction Scale” (COMFORTS), responsável por avaliar a qualidade da assistência obstétrica considerando múltiplas fases do cuidado, englobando o parto, pós-parto, cuidados ao recém-nascido, gerenciamento do cuidado e ambiente hospitalar, oferecendo uma visão integrada da experiência da mulher (Campos *et al.*, 2021).

Já a Escala de “*Bienestar Materno en Situación de Parto*” (BMSP), objetiva a avaliação do bem-estar físico, emocional e psicológico da mulher durante o parto, buscando mensurar a satisfação a partir do estado geral da mãe (Jamas *et al.*, 2021), e o *Childbirth Experience Questionnaire* (CEQ) em sua versão brasileira (CEQ-BR), mensura a experiência subjetiva da mulher no parto, considerando domínios como apoio profissional, sensação de segurança, controle percebido e dor, sendo amplamente utilizado para monitorar e melhorar a qualidade da assistência obstétrica (Driusso *et al.*, 2020)

Entre os instrumentos citados, a escala “Satisfação da cliente: processo de parto ” e a Escala Mackey destacam-se pela amplitude e capacidade de avaliar de forma detalhada múltiplos aspectos que influenciam a satisfação da mulher durante o parto, tornando-as ferramentas estratégicas para a investigação acadêmica e aplicação clínica (Lopes *et al.*, 2021).

Em síntese, a utilização de instrumentos padronizados e validados, é fundamental para a obtenção de dados consistentes e científicos sobre a experiência da mulher no parto. Estes dados subsidiam a formulação de políticas públicas, aprimoramento dos protocolos assistenciais e qualificações da equipe multiprofissional, contribuindo diretamente para a humanização da assistência obstétrica e melhoria dos resultados maternos e neonatais. Além disso, a produção científica gerada por meio da aplicação dessas escalas fortalece o conhecimento acadêmico e a prática baseada em evidências (Lopes *et al.*, 2019).

3.6 O PROCESSO DE ENFERMAGEM E OS SISTEMAS DE LINGUAGEM PADRONIZADA

O Processo de Enfermagem (PE) é um método sistemático que organiza e fundamenta a assistência profissional, conferindo-lhe caráter científico, padronizado e individualizado. Conforme estabelecido na Resolução nº 736/2024 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o PE é composto por cinco etapas interdependentes: avaliação de enfermagem, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução. Essas etapas garantem um cuidado integral e direcionado às necessidades do paciente, possibilitando o registro adequado, a tomada de decisão baseada em evidências e a promoção da qualidade assistencial (COFEN, 2024).

Ao iniciar a avaliação de enfermagem, o enfermeiro realiza a coleta sistematizada de dados por meio de uma anamnese completa e individualizada, utilizando instrumentos validados, escalas específicas, protocolos institucionais, análise de exames laboratoriais e exame físico detalhado (Gadelha *et al.*, 2024; COFEN, 2024). No contexto da saúde materna, essa etapa é crucial para identificar fatores de risco materno e puerperal, compreender as expectativas da mulher em relação ao parto, bem como identificar fatores que podem impactar sua experiência, como sua vivência anterior, o conhecimento prévio, percepção emocional sobre processo da dor e expectativas para o momento (Bernardo *et al.*, 2021; Costa *et al.*, 2020).

A partir do conhecimento sobre os fatores físicos, emocionais e sociais da mulher, o enfermeiro analisa os dados obtidos para traçar diagnósticos de enfermagem, considerando características definidoras, fatores de risco, problemas associados e fatores relacionados, tanto de forma direta quanto indireta (COFEN, 2024). A utilização de sistemas de linguagem padronizada, como a North American Nursing Diagnosis Association NANDA-I, assegura que os diagnósticos sejam descritos de forma clara, objetiva e reconhecida internacionalmente. Essa padronização é essencial para a continuidade do cuidado e para a comunicação efetiva entre os profissionais (Herdman, 2024).

Dessa forma, o planejamento da assistência de enfermagem é construído com base nos diagnósticos traçados sobre o paciente e seu meio social. No contexto da educação perinatal e do pré-natal, o planejamento busca empoderar a gestante por meio da orientação adequada, do incentivo ao protagonismo no processo de parto e do fornecimento de informações que auxiliem na tomada de decisão segura (Trigueiro *et al.*, 2021; Brito *et al.*,

2021). A NOC é aplicada nessa etapa para determinar os resultados esperados, utilizando indicadores e escalas que mensuram a evolução clínica, o bem-estar e a satisfação da mulher com os cuidados recebidos (Moorhead *et al.*, 2024).

A implementação do planejamento das ações de enfermagem é realizado por meio das intervenções previstas na NIC - Nursing Interventions Classification, abrangendo atividades educativas, apoio emocional, técnicas de alívio da dor, incentivo a construção do plano de parto e medidas de humanização, como o respeito às escolhas da mulher e a presença de acompanhante. Essa fase é determinante para proporcionar uma experiência de parto positiva, reduzindo intervenções desnecessárias e garantindo a segurança materna e neonatal (Brito *et al.*, 2021; Costa *et al.*, 2024; Wagner *et al.*, 2023).

Por fim, a evolução de enfermagem verifica os resultados alcançados em relação aos objetivos planejados, utilizando indicadores e escalas específicas. No campo obstétrico, instrumentos como o Childbirth Experience Questionnaire – versão brasileira (CEQ-BR), a Escala de Mackey e o COMFORTS são exemplos de ferramentas que avaliam a experiência e a satisfação da mulher com o parto, alinhando-se aos resultados previstos pela NOC (Driusso *et al.*, 2020; Lopes, 2023; Campos *et al.*, 2021; Abbud, 2021). Essas avaliações permitem ao enfermeiro medir a qualidade da assistência prestada, identificar pontos de melhoria e implementar estratégias mais efetivas de cuidado centrado na mulher (Arrebola *et al.*, 2021).

No cenário da educação perinatal, a aplicação do Processo de Enfermagem atrelado às linguagens como NANDA, NIC e NOC não apenas sistematiza a assistência, mas também garante que as necessidades emocionais, educativas e culturais da gestante sejam contempladas, impactando diretamente na sua satisfação e na construção de uma experiência de parto positiva (Gadelha *et al.*, 2024).

O PE, quando sustentado por linguagens padronizadas, transcende a função documental e torna-se tecnologia organizacional e clínica para qualificar a educação perinatal, o cuidado no pré-natal e a experiência de parto (Bernardo *et al.*, 2021; Brito *et al.*, 2021; Demirel *et al.*, 2021). A articulação entre diagnósticos, intervenções e resultados e a utilização de instrumentos validados para medir a satisfação oferece um caminho metodológico robusto para capturar o valor do cuidado de enfermagem e orientar políticas, formação e pesquisa.

3.7 TEORIAS DE ENFERMAGEM QUE ANCORAM A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

As teorias de enfermagem constituem a base conceitual e científica que orienta a prática profissional, oferecendo uma estrutura sistemática para compreender, planejar, implementar e avaliar o cuidado. Ao fundamentar intervenções, diagnósticos e resultados, as teorias permitem que o cuidado seja planejado de forma deliberada e embasada em evidências, fortalecendo a tomada de decisão clínica e a comunicação entre profissionais (Pagnucci *et al.*, 2024). No contexto obstétrico, esses referenciais teóricos são essenciais para orientar práticas humanizadas, respeitando a singularidade da mulher, suas necessidades emocionais e culturais, além de promover uma experiência positiva e segura durante o ciclo gravídico-puerperal (Lima *et al.*, 2024).

Neste contexto, Hildegard Peplau, com sua Teoria das Relações Interpessoais, amplia a compreensão sobre o papel do enfermeiro no ciclo gravídico-puerperal, ao enfatizar a construção de vínculos terapêuticos e a escuta ativa como pilares do cuidado humanizado (Lima *et al.*, 2024). A interação enfermeiro-paciente, baseada em confiança e comunicação efetiva, favorece o acolhimento, a redução da ansiedade, o fortalecimento da autoconfiança da parturiente e a vivência de experiências positivas durante o parto (Hill *et al.*, 2020).

Assim, a integração do Processo de Enfermagem com os princípios de Peplau reforça a autonomia da mulher e a sua satisfação com o processo de parto. Estudos recentes demonstram que a aplicação dessa teoria em centros de parto promove maior satisfação das puérperas, reforçando a importância da escuta ativa e do acolhimento (Lima *et al.*, 2024).

Aliado a essa teoria, Jean Watson, desenvolve a Teoria do Cuidado Transpessoal, no qual, destaca o cuidado de enfermagem além das intervenções técnicas, envolvendo uma relação interpessoal autêntica e compassiva, que reconhece o indivíduo em sua totalidade física, emocional, social e espiritual (Watson, 2008). No contexto obstétrico, essa teoria tem sido amplamente aplicada para promover um parto humanizado, pois valoriza a presença consciente do enfermeiro, a escuta ativa, o respeito às escolhas da mulher e a criação de um ambiente acolhedor, que favoreça o protagonismo feminino (Almeida *et al.*, 2023).

A satisfação materna com o parto está intrinsecamente ligada à percepção de cuidado humanizado, à confiança na equipe e ao suporte emocional recebido. Assim, ao incorporar

os fatores caritas propostos por Watson, como a prática do amor altruísta, a espiritualidade e a promoção de um ambiente de cura, o enfermeiro contribui para reduzir a ansiedade e a dor, fortalecer vínculos afetivos e proporcionar uma experiência de parto mais positiva (Watson, 2008; Almeida *et al.*, 2023).

De forma complementar, a Teoria do Autocuidado, desenvolvida por Dorothea Orem, parte do pressuposto de que os indivíduos possuem a capacidade de cuidar de si mesmos para manter sua saúde, bem-estar e qualidade de vida, sendo papel da enfermagem apoiar, educar e intervir quando essa capacidade está comprometida (Orem, 2001). Nos centros de parto, essa teoria se mostra especialmente relevante, pois valoriza o protagonismo da mulher no processo de parir, incentivando a autonomia e a participação ativa em suas escolhas e decisões (Tumkaya *et al.*, 2024).

A aplicação prática dessa teoria na assistência de enfermagem inclui o fornecimento de orientações sobre métodos não farmacológicos de alívio da dor, posições de parto, respiração e relaxamento, além do suporte emocional contínuo, respeitando a individualidade e a autoconfiança da parturiente. Dessa forma, o enfermeiro atua como facilitador do autocuidado, promovendo um ambiente seguro e humanizado, no qual a mulher é vista como agente central de seu próprio processo de nascimento (Tumkaya *et al.*, 2024). Esse empoderamento materno, proporcionado pelo cuidado fundamentado em Orem, está diretamente associado à maior satisfação com a experiência do parto e à redução de intervenções desnecessárias. (Orem, 2001).

Ao articular essas bases teóricas ao Processo de Enfermagem, o enfermeiro é capaz de planejar ações personalizadas, como educação perinatal, apoio emocional, práticas de humanização, alívio da dor e incentivo ao protagonismo da gestante, garantindo uma assistência integral. Intervenções dessa natureza têm mostrado impacto positivo sobre indicadores de satisfação, menor ocorrência de intervenções desnecessárias e melhora na experiência subjetiva do parto, constituindo um modelo assistencial sólido, capaz de alinhar ciência, ética e humanização (Brito *et al.*, 2021; Costa *et al.*, 2024).

Assim, o cuidado de enfermagem no parto humanizado transcende a dimensão técnica, tornando-se um fenômeno relacional, cultural e científico, no qual a mulher é reconhecida como sujeito ativo de seu processo de parir.

3.8 PROCESSO DE VALIDAÇÃO E APLICABILIDADE CLÍNICA DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM

Com a sistematização do cuidado em etapas e o uso da linguagem padronizada, surge a necessidade de instrumentos metodologicamente construídos, cientificamente fundamentados e com aplicabilidade clínica comprovada, que respaldam as ações do enfermeiro com base em evidências e processos validados. A criação de instrumentos de enfermagem decorre da translação do conhecimento, integrando prática vivenciada, teorias de enfermagem e evidências científicas, com o objetivo de estimar a assistência, quantificar sua qualidade e propor melhorias (Pagnucci et al., 2024).

Ao identificar lacunas teóricas ou assistenciais, torna-se possível desenvolver instrumentos que permitam avaliar fatores específicos, mensurar qualidade do cuidado ou qualificar intervenções. Para isso, é essencial a fundamentação em teorias de enfermagem, evidências científicas atualizadas e uma metodologia sistematizada (Pagnucci et al., 2024).

Dessa forma, é de suma importância avaliar a aplicabilidade clínica de instrumentos validados. Essa prática refere-se à capacidade de um instrumento ou tecnologia ser utilizado com efetividade na assistência, garantindo que seu uso se traduza em decisões seguras, orientações adequadas e melhora dos desfechos em saúde. Trata-se de um conceito voltado à realidade da assistência, que considera o contexto dos serviços, os recursos disponíveis e as necessidades dos usuários. A aplicabilidade é a etapa em que o rigor metodológico se encontra com a utilidade prática, tornando os instrumentos efetivos no cotidiano clínico, especialmente em contextos sensíveis como a experiência do parto (Gonçalves et al., 2021).

Embora distintos, a validação clínica e a aplicabilidade clínica de instrumentos são conceitos complementares. A validação clínica é o processo metodológico que assegura que um instrumento mede o que se propõe, com confiabilidade e precisão, por meio de etapas como validade de conteúdo, construto e critério (Gonçalves et al., 2021; Costa et al., 2024). Já a aplicabilidade clínica é verificada quando o instrumento, já validado, é efetivamente incorporado às práticas de cuidado, sendo compreendido, útil e relevante para os profissionais e usuários (Lopes et al., 2023; Abbud, 2021).

Nesse contexto, a aplicabilidade de instrumentos como a Escala Mackey, e a NOC “Satisfação da cliente: processo de parto ” reforça seu potencial de orientar condutas, subsidiar intervenções e mensurar resultados relevantes, alinhando-se às diretrizes de uma

assistência baseada em evidências e centrada na experiência da mulher e da família (Driusso et al., 2020; Campos et al., 2021; Lopes, 2023).

Estudos em outras áreas da enfermagem também demonstram o potencial da NOC para aprimorar o cuidado clínico. Em unidades de terapia intensiva, desfechos como “oxigenação tecidual” e “nível de dor” têm sido utilizados com sucesso para monitorar a evolução de pacientes críticos e apoiar decisões terapêuticas (Moorhead et al., 2018). Na atenção primária, indicadores como “controle da glicemia” e “adesão ao regime terapêutico” têm mostrado utilidade na gestão de condições crônicas como diabetes, proporcionando maior objetividade na avaliação dos cuidados (Duran-Gomez et al., 2021).

Apesar do avanço e das evidências ao longo do tempo, estudar a NOC ainda representa um desafio relevante. A natureza abstrata de alguns desfechos, a subjetividade de certos indicadores e a necessidade de adaptação cultural dificultam a validação e a mensuração confiável de seus resultados. Além disso, a limitação no domínio da linguagem padronizada por parte dos profissionais, somada à escassez de estudos em contextos específicos, como a obstetrícia, ainda impõe barreiras à sua plena incorporação na prática clínica. Assim, embora a NOC represente uma ferramenta potente para qualificar o cuidado e mensurar desfechos, seu estudo contínuo e aprimoramento metodológico são essenciais para ampliar sua efetividade na realidade assistencial.

4. MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo analítico, com abordagem quantitativa e qualitativa, desenvolvido para avaliar a aplicabilidade clínica do instrumento “Satisfação da cliente: processo de parto” criado e validado a partir do Resultado de Enfermagem “Satisfação do Cliente” da NOC (Abbud *et al.*, 2021).

Estudos de aplicabilidade clínica permitem que um instrumento ou tecnologia possam ser incorporados de maneira eficaz na prática assistencial, contribuindo para decisões clínicas seguras, orientações adequadas e melhores desfechos em saúde (Lopes et al., 2023). No âmbito da enfermagem, esse tipo de estudo fornece subsídios para avaliar a efetividade do processo de enfermagem e a qualidade da assistência prestada (Gonçalves et al., 2021).

Além da aplicabilidade clínica do instrumento, o estudo buscou mensurar a satisfação materna, sendo utilizada a Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale como recurso complementar de avaliação, por meio de análise mista com questões quantitativas e qualitativas. Optou-se por esse instrumento por se tratar de uma escala abrangente, a qual contempla diversos fatores que podem interferir na satisfação das mulheres com o trabalho de parto e a experiência do parto. O instrumento é constituído por 34 itens de avaliação, divididos nos domínios autoavaliação da puérpera, avaliação do apoio do parceiro, cuidados prestados ao recém-nascido, qualidade da assistência de enfermagem e médica e avaliação geral sobre a experiência do trabalho de parto.

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi conduzida no Alojamento Conjunto (AC) de uma maternidade filantrópica localizada na cidade de Juiz de Fora, em Minas Gerais. O AC é a unidade hospitalar destinada à permanência conjunta da puérpera e do recém-nascido saudável, em tempo integral, desde o parto até a alta hospitalar, favorecendo o cuidado humanizado e contínuo.

O hospital é referência no atendimento materno-infantil na região e foi o primeiro da cidade a receber o título de “Hospital Amigo da Criança”. Em 2024, foram registrados 1390 partos, dos quais 537 foram vaginais e 853 cesarianas. O setor conta com 20 leitos SUS e sete leitos que atendem convênios e particular. O hospital possui uma equipe multiprofissional especializada no cuidado da mulher, do bebê e da família, priorizando práticas seguras e centradas no paciente.

4.3 Participantes

Foram incluídas no estudo puérperas com idade ≥ 18 anos, com tempo de internação superior a 24 horas, alfabetizadas, orientadas no tempo e espaço, e clinicamente aptas a responder aos instrumentos. Excluíram-se mulheres com perda fetal/neonatal, complicações graves no puerpério imediato, necessidade de procedimentos invasivos fora do AC no momento da coleta, comprometimento cognitivo ou psicológico impeditivo e dificuldades de comunicação no idioma português.

4.4 Cálculo amostral

O cálculo para o N da pesquisa foi baseado nas recomendações da iniciativa COSMIN (Mokkink et al., 2019), que estabelece um número mínimo de cinco participantes por item avaliado, sendo recomendável uma amostra ≥ 100 sujeitos. Considerando os 25 indicadores do instrumento “Satisfação da cliente: Processo de Parto”, estimou-se uma amostra de 125 puérperas.

Optou-se por utilizar os indicadores do referido instrumento, e não os itens da Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale, uma vez que o presente estudo tem como foco a análise psicométrica e a aplicabilidade clínica da versão adaptada do instrumento desenvolvido no contexto do Processo de Enfermagem, cujo conteúdo e estrutura refletem os indicadores do RE relacionados à satisfação da cliente com o parto. Assim, o cálculo amostral foi alinhado ao número de indicadores específicos que compõem este instrumento, garantindo a coerência metodológica com o objetivo do estudo.

Para o aprimoramento da coleta de dados, foi conduzido um estudo piloto utilizando 25% da amostra prevista, totalizando aproximadamente 32 participantes, a fim de ajustar o protocolo de coleta.

4.5 Coleta de dados

Inicialmente foram realizados dois treinamentos ministrados pela orientadora da pesquisa em relação ao método de coleta:

1º - Treinamento sobre o uso do Resultado de Enfermagem e taxonomia da NOC com ênfase nas definições conceituais e operacionais, utilizando como base o instrumento “Satisfação do cliente: Processo de Parto”, garantindo a padronização na interpretação dos 25 indicadores;

2º - Treinamento sobre a escala “Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale”, abordando aspectos quantitativos e qualitativos da escala.

Após o treinamento a pesquisadora principal em conjunto com uma acadêmica de enfermagem iniciaram a coleta de dados, seguindo as seguintes etapas: Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)- (Apêndice A), aplicou-se um formulário sociodemográfico de autoria própria contendo as seguintes variáveis (Apêndice

B): Idade, estado conjugal, escolaridade, raça, renda familiar, história obstétrica, via de parto de escolha, via de nascimento do bebê, acesso a educação perinatal (grupo de gestantes e ou orientação profissional), elaboração do plano de parto, medidas antropométricas do recém-nascido, escore de Apgar e profissionais que prestaram assistência no processo de parto.

Em seguida, foram aplicados os dois instrumentos na seguinte ordem:

- Instrumento Resultado de Enfermagem “Satisfação da cliente: processo de parto”, no qual cada puérpera atribuiu notas em escores de 1 a 5 na escala Likert para cada indicador apresentado;
- Escala Mackey, aplicada de forma semelhante, para mensurar a satisfação global da mulher, contendo perguntas quantitativas e qualitativas acerca de sua experiência e satisfação no processo de parto.

Os instrumentos foram autopreenchidos pelas mulheres em folhas plastificadas com caneta esferográfica. No decorrer do preenchimento as pesquisadoras esclareceram as dúvidas apresentadas pelas puérperas utilizando as definições conceituais padronizadas para cada indicador e no caso da escala Mackey, a explicação do tópico em questão. A coleta de dados durou cerca de 20 minutos com cada puérpera.

As respostas foram transcritas de forma manual para o Google Formulários ao final de cada coleta. Para manter a ética e o sigilo dos dados, cada participante recebeu um código identificador para garantir a confidencialidade.

Após a primeira coleta presencial foram realizadas duas novas coletas à distância para mensurar as variações na satisfação em cada fase do puerpério. No segundo e terceiro momento foi enviado via WhatsApp um link gerado pelo Google Formulários contendo o instrumento “Satisfação do Cliente: Processo de Parto”, o tempo de resposta para o instrumento foi de aproximadamente 10 minutos. A coleta procedeu-se da seguinte forma:

- T0 (24 horas pós-parto): Aplicação do instrumento “Satisfação do Cliente: Processo de Parto” e Escala Mackey, através da aplicação presencial 24 horas pós-parto;
- T1 (7 a 10 dias pós-parto): Realizado envio do formulário digital, via WhatsApp, contendo apenas o instrumento “Satisfação do Processo de Parto”. Foi realizado também a tentativa via ligação telefônica para as puérperas que não responderam o instrumento, sendo realizado até 3 tentativas;
- T2 (30 a 45 dias pós-parto): Repetido o mesmo procedimento aplicado em T1 para avaliação longitudinal da satisfação da puérpera.

O número de participantes em cada período do estudo foi, respectivamente, de 125 puérperas em T0, 112 mulheres em T1 e 59 participantes em T2. A redução amostral ocorreu devido à ausência de resposta após cinco tentativas consecutivas de contato. Os períodos analisados foram definidos conforme a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde, que estabelecem o puerpério imediato como o intervalo de 1 a 10 dias e o puerpério mediato como o período de 11 a 45 dias após o parto (Brasil, 2016; WHO, 2014).

A avaliação da satisfação materna em três tempos distintos é essencial para compreender as variações hormonais, emocionais e sociais que ocorrem ao longo do ciclo puerperal, permitindo identificar como o contexto assistencial, o suporte recebido, o tipo de parto e o estado físico e psicológico da mulher influenciam sua percepção e vivência do parto e pós-parto. Dessa forma, o acompanhamento longitudinal possibilita uma análise mais abrangente e sensível da experiência materna, contribuindo para o aprimoramento das práticas de cuidado e para a promoção de uma assistência obstétrica mais humanizada e centrada na mulher.

4.6 Análise dos dados

Para o tratamento dos dados quantitativos obtidos por meio do Google Formulários, realizou-se a codificação das respostas utilizando a função PROCX no Microsoft Excel. O objetivo desse procedimento foi automatizar a correspondência entre as respostas textuais fornecidas pelos participantes e códigos numéricos previamente definidos, garantindo maior padronização e reduzindo a possibilidade de erros manuais.

Inicialmente, foram realizadas análises descritivas como frequência e média para caracterização da amostra e distribuição das respostas. Para a análise inferencial, utilizou-se regressão de Poisson com Equações de Estimção Generalizadas (GEE), sendo um modelo indicado para dados longitudinais e para avaliação de medidas ao longo do tempo. O GEE permite controlar a correlação intra sujeito entre observações sequenciais e fornecer estimativas robustas (Zou et al., 2004; Ghisletta et al., 2004).

As respostas na escala Likert foram categorizadas em dois grupos: baixa satisfação (escores 1 a 3) e alta satisfação (escores 4 e 5). O desfecho analisado foi a probabilidade (RR - Risco relativo) de alta satisfação, com escores 4 e 5 ao longo dos três momentos (T0, T1 e T2). Para isso, foram construídos modelos tempo-dependentes para verificar

mudanças na satisfação materna e identificar indicadores com diferenças estatisticamente significativas, adotou-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Para avaliar as associações entre as variáveis de caracterização categóricas e os itens do RE estudado, em T0, foi aplicado o teste Qui-quadrado de Pearson (Pagano et al., 2022). Para os casos onde os pressupostos do teste Qui-quadrado não foram atendidos, foi aplicado o teste exato de Fisher (Mehta e Patel, 1983).

Quanto à exploração qualitativa dos dados obtidos através da aplicação da escala Mackey, foi realizada uma análise exploratória e descritiva, com base nos relatos abertos de mulheres acerca de sua experiência de parto. O objetivo foi identificar os fatores que contribuíram para a sua satisfação e insatisfação com a assistência recebida.

Foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática (Bardin, 2016), seguindo as três etapas a seguir: codificação inicial: Identificação de palavras-chave, expressões e ideias centrais mais frequentes nos relatos; Agrupamento semântico: Reunião de termos semelhantes em núcleos de sentido; Definição de categorias finais: Organização dos núcleos em categorias temáticas amplas que refletissem os pontos mais recorrentes.

A partir da análise foram criadas duas categorias:

- Aspectos positivos (satisfação materna): Saúde do bebê e da mãe, bom atendimento, presença do acompanhante, respeito, acolhimento, rapidez, explicações claras, humanização, confiança e paciência da equipe.
- Aspectos negativos (insatisfação materna): Dor prolongada, falta de comunicação, indução excessiva, ausência de acolhimento, violência obstétrica, separação do bebê, decisões não compartilhadas, desrespeito, falta de métodos de alívio da dor, intervenções invasivas e solidão durante o parto.

4.7 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAAE nº 6.729.665) e desenvolvido em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes para pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Todas as participantes assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado em linguagem acessível e contendo informações detalhadas sobre os objetivos, procedimentos, potenciais riscos, benefícios, garantias de sigilo e possibilidade de desistência a qualquer momento, sem prejuízo à assistência.

Além disso, foram respeitados os princípios éticos fundamentais da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, conforme recomendado por estudos que ressaltam a centralidade da proteção dos direitos das mulheres em pesquisas sobre saúde materna. O anonimato e a confidencialidade foram assegurados em todas as etapas, seguindo recomendações nacionais e internacionais sobre ética em pesquisa.

5. RESULTADOS DO ESTUDO

5.1 Resultados - “Satisfação do Cliente: Processo de parto”

O presente estudo foi conduzido com uma amostra de 125 mulheres, no período compreendido entre 24 de janeiro a 18 de julho de 2025. A coleta de dados foi realizada por duas pesquisadoras devidamente treinadas para a aplicação da escala, garantindo a padronização dos procedimentos.

A análise dos resultados revelou o perfil das participantes, com uma média de 28 anos de idade e idade gestacional média no momento do parto de 38 semanas. Em relação aos recém-nascidos, a média de peso ao nascimento foi de 3,200 kg, e de comprimento 46,16 cm. A média dos escores do índice de Apgar foi de 8 no primeiro minuto e 9 no quinto minuto, indicando um quadro de boa adaptação neonatal.

Quanto aos dados sociodemográficos das puérperas, os resultados obtidos estão apresentados na tabela a seguir.

Tabela 01 – Caracterização sociodemográfica, obstétrica e assistencial das participantes do estudo. Juiz de Fora-MG, 2025.

Variável	n	%
Estado conjugal		
Casada/ Vivendo com o parceiro	83	66,40
Solteira	40	32,00
Divorciada	2	1,60
Escolaridade		
Ensino fundamental	27	21,60
Ensino médio	61	48,80
Ensino superior	27	21,60
Pós-graduação	10	8,00

Raça		
Preta	43	34,40
Parda	31	24,80
Branca	51	40,80
Renda familiar		
< 1 Salário Mínimo	5	4,00
1 Salário Mínimo	28	22,40
2 Salário Mínimo	52	41,60
3 Salário Mínimo	23	18,40
> 3 Salário Mínimo	17	13,60
Via de parto de primeira escolha		
Parto normal	61	48,80
Parto cesariana	64	51,20
Via de nascimento do bebê atual		
Cirurgia cesariana	76	60,80
Parto normal	48	38,40
Parto Instrumental	1	0,80
Profissional que prestou assistência no pré-parto		
Médico obstetra	21	16,94
Médico e enfermeiro obstetra	40	32,26
Não aplicado devido cirurgia cesárea	38	30,65
Enfermeiro obstetra	26	20,16

Profissional que prestou assistência no expulsivo/dequitação da placenta

Médico obstetra	13	10,48
Não aplicado devido cirurgia cesárea	66	53,23
Médico e enfermeiro obstetra	42	33,87
Enfermeiro obstetra	4	2,42

Acesso a educação perinatal

Não teve acesso	76	61,29
Orientação profissional	19	15,32
Outro tipo de educação perinatal	3	2,42
Grupo de gestantes	27	20,97

Construção do plano de parto

Não fez o plano de parto	101	81,45
Fez mas não levou o plano de parto para a maternidade	6	4,84
Levou o plano de parto e não foi seguido pela equipe	6	4,84

Levou o plano de parto e foi seguido pela equipe	12	8,87
--	----	------

RN foi para a UTI NEO?

Não	100	80,65
Sim	25	19,35

Fonte: Dados da pesquisa de Aplicabilidade Clínica do instrumento “Satisfação do Cliente: Processo de Parto”.

Os dados obtidos neste estudo foram transcritos de forma fiel e idêntica às respostas fornecidas pelas participantes, garantindo a preservação do conteúdo original das informações. Dessa maneira, o número de respostas (N) em cada variável pode apresentar variações, refletindo as particularidades e a heterogeneidade das informações fornecidas pelas mulheres em diferentes itens ou perguntas, sem qualquer interferência na integridade dos dados coletados.

Ademais, as respostas categorizadas como “não se aplica” foram registradas como *missing* na pesquisa, sendo utilizadas nos casos em que os indicadores não contemplavam a assistência efetivamente recebida pela mulher devido cesarianas intraparto e eletivas, ou quando a participante optou por não responder determinada questão considerando o indicador não aplicável a sua experiência.

Para a análise de correlação entre as variáveis sociodemográficas (estado conjugal, escolaridade, raça e renda familiar) e os 25 indicadores do instrumento “*Satisfação da Cliente: Processo de Parto*”, aplicou-se o teste do Qui-quadrado de Pearson. Nos casos em que os pressupostos deste teste não foram atendidos, utilizou-se o teste exato de Fisher, garantindo maior robustez estatística.

Não foi observada associação significativa entre estado conjugal ou escolaridade e os 25 indicadores. Isso sugere que essas características não influenciaram a percepção de satisfação materna no contexto estudado.

Por outro lado, a variável raça demonstrou associação estatisticamente significativa com o Indicador 21 – “Consideração demonstrada pela equipe quanto aos sentimentos e opiniões da mulher” ($p=0,0236$). Mulheres brancas atribuíram mais frequentemente escores elevados (4–5) em comparação às mulheres pretas e pardas, indicando a presença de desigualdades na experiência de cuidado relacionadas à percepção de respeito e escuta qualificada pela equipe de saúde.

Esse mesmo indicador (21) também apresentou associação significativa com a renda familiar ($p=0,0216$). Observou-se que 100% das mulheres com renda superior a três salários mínimos atribuíram escores elevados (4–5), ao passo que entre aquelas com renda menor ou igual a três salários mínimos o percentual foi de 74,07%.

A variável renda familiar também se mostrou determinante nos indicadores 24 – “Uso apropriado do toque vaginal” e 25 – “Intervenções e manobras no processo de parto”. No indicador 24, 75% das mulheres com maior renda atribuíram escores elevados (4–5), contra apenas 32,88% entre as de menor renda ($p=0,0467$), apontando para uma diferença significativa na percepção da prática técnica do exame vaginal. De forma convergente, no indicador 25, todas as mulheres com maior renda relataram escores elevados, enquanto apenas 48,39% das mulheres de menor renda atribuíram pontuação semelhante ($p=0,0261$).

Após a identificação dessas associações sociodemográficas, avançou-se para a análise da variação dos escores médios dos 25 indicadores do resultado de enfermagem “*Satisfação da Cliente: Processo de Parto*”, nos dois momentos avaliados: T0 (24 horas pós-parto) e T1 (7 a 10 dias pós-parto). Para fins analíticos, os escores foram categorizados em dois grupos: mulheres que atribuíram pontuações de 1 a 3 na escala Likert e mulheres que atribuíram escores de 4 e 5. Os resultados dessa variação estão apresentados na Tabela 2, que permite visualizar de forma comparativa as mudanças na percepção de satisfação materna entre os dois períodos analisados.

Cabe destacar que houve perda amostral significativa (missing), decorrente principalmente do elevado número de partos cesáreos, o que limitou a aplicabilidade de determinados indicadores direcionados exclusivamente à via de parto vaginal.

Tabela 02 – Distribuição da satisfação das participantes do estudo em T0 - 24h pós-parto e T1 - 7 a 10 dias pós-parto. Juiz de Fora-MG, 2025.

Variável	Tempo			
	T0		T1	
	n	%	n	%
Ind 1				
Informações recebidas sobre os métodos para o alívio da dor				
1 a 3	28	44,44	19	30,16
4 a 5	35	55,56	44	69,84
Ind 2				
Cuidados não farmacológicos para o controle da dor				
1 a 3	27	45,76	22	37,29
4 a 5	32	54,24	37	62,71
Ind 3				
Cuidados farmacológicos para o controle da dor				
1 a 3	23	38,33	22	36,67
4 a 5	37	61,67	38	63,33
Ind 4				
Proteção do direito legal da presença de um acompanhante				
1 a 3	7	6,48	18	16,67
4 a 5	101	93,52	90	83,33

Ind 5				
Preferências pessoais foram consideradas ao longo dos cuidados				
1 a 3	27	24,77	33	30,28
4 a 5	82	75,23	76	69,72
Ind 6				
Auxílio e/ou estímulo para mudanças de posição desejadas durante o processo de parto				
1 a 3	17	20,24	17	20,24
4 a 5	67	79,76	67	79,76
Ind 7				
Continuidade dos cuidados à medida que a mulher é transferida de um ambiente para outro				
1 a 3	16	14,81	17	15,74
4 a 5	92	85,19	91	84,26
Ind 8				
Assistência na escolha e no acesso a alimentos e líquidos para consumo				
1 a 3	36	33,64	36	33,64
4 a 5	71	66,36	71	66,36
Ind 9				
Assistência para manter o conforto				
1 a 3	31	27,93	39	35,14
4 a 5	80	72,07	72	64,86
Ind 10				
Instruções para melhorar a participação da mulher no processo de parto				
1 a 3	31	37,35	32	38,55
4 a 5	52	62,65	51	61,45
Ind 11				

A equipe apresenta informações de forma compreensível					
1 a 3	26	23,64	23	20,91	
4 a 5	84	76,36	87	79,09	
Ind 12					
Limpeza do ambiente de cuidado					
1 a 3	22	19,82	25	22,52	
4 a 5	89	80,18	86	77,48	
Ind 13					
Tempo de espera para ter as necessidades atendidas					
1 a 3	55	49,55	51	45,95	
4 a 5	56	50,45	60	54,05	
Ind 14					
Conhecimento e habilidade demonstrados pela equipe de saúde durante o processo de parto					
1 a 3	6	5,41	8	7,21	
4 a 5	105	94,59	103	92,79	
Ind 15					
Acesso a suprimentos e equipamentos					
1 a 3	7	6,36	7	6,36	
4 a 5	103	93,64	103	93,64	
Ind 16					
Promoção da privacidade					
1 a 3	15	13,89	21	19,44	
4 a 5	93	86,11	87	80,56	
Ind 17					
Integração de crenças culturais aos cuidados de enfermagem					
1 a 3	5	4,85	2	1,94	

4 a 5	98	95,15	101	98,06
Ind 18				
Uso do nome do cliente ao longo dos cuidados				
1 a 3	1	0,93	1	0,93
4 a 5	107	99,07	107	99,07
Ind 19				
Equipe se comunica com a cliente sem demonstrar julgamentos				
1 a 3	4	3,67	3	2,75
4 a 5	105	96,33	106	97,25
Ind 20				
Cortesia demonstrada pela equipe				
1 a 3	16	14,55	30	27,27
4 a 5	94	85,45	80	72,73
Ind 21				
Consideração demonstrada pela equipe quanto aos sentimentos e opiniões da mulher				
1 a 3	25	23,58	28	26,42
4 a 5	81	76,42	78	73,58
Ind 22				
Segurança quanto à identificação da cliente em pulseira e leito				
1 a 3	2	1,80	3	2,70
4 a 5	109	98,20	108	97,30
Ind 23				
Informações e condutas para prevenção de quedas ao longo do processo de parto				

1 a 3	12	11,21	9	8,41
4 a 5	95	88,79	98	91,59
Ind 24				
Uso apropriado do toque vaginal				
1 a 3	38	61,29	33	53,23
4 a 5	24	38,71	29	46,77
Ind 25				
Intervenções e manobras no processo de parto				
1 a 3	25	48,08	22	42,31
4 a 5	27	51,92	30	57,69

Fonte: Dados da pesquisa de Aplicabilidade Clínica do Resultado de Enfermagem “Satisfação do Cliente: Processo de Parto”

A análise longitudinal das respostas das puérperas evidenciou que a satisfação materna com a assistência recebida apresentou variações significativas ao longo do período estudado. A partir dessa análise é possível verificar o aumento da satisfação em dez indicadores, principalmente relacionados a aspectos assistenciais que valorizam o cuidado centrado na mulher. Entre eles destacam-se o controle adequado da dor, o uso de métodos não farmacológicos para alívio, a clareza e compreensão das informações fornecidas, a comunicação empática com a equipe, a prevenção de quedas, a redução do tempo de espera para atendimento, além do respeito às crenças e à cultura da puérpera.

No que diz respeito aos procedimentos realizados, observou-se elevação da satisfação após sete dias do parto quanto ao toque vaginal e às intervenções e manobras intraparto, sugerindo uma percepção positiva do cuidado técnico e do manejo clínico.

Por outro lado, onze indicadores apresentaram redução da satisfação materna no mesmo período. Esses aspectos estavam relacionados ao direito do acompanhante, às preferências pessoais da mulher, à manutenção do conforto, à cortesia e consideração demonstrada pela equipe, às instruções para participação ativa no parto, à segurança no leito, incluindo o uso correto da pulseirinha de identificação, bem como à promoção da privacidade e à limpeza do ambiente hospitalar.

Adicionalmente, quatro indicadores mantiveram níveis estáveis de satisfação durante o pós-parto. Esses itens estavam relacionados ao acesso a suprimentos e equipamentos adequados, à oferta de líquidos e alimentos, bem como ao auxílio e estímulo para mudança de posição durante o trabalho de parto, demonstrando consistência nessas dimensões assistenciais ao longo do tempo.

Para realizar uma avaliação longitudinal, a Tabela 03 apresentada abaixo ilustra a variação dos para cada um dos 25 indicadores avaliados, permitindo identificar possíveis mudanças na percepção de satisfação da mulher no decorrer das fases do puerpério. A análise agrupou o N de mulheres que atribuíram pontuações de 1 a 3 na escala Likert e o grupo que atribuiu 4 e 5. Essa análise foi feita levando em consideração as respostas apresentadas em T0, após 24 horas do parto, em T1 no puerpério imediato de até 10 dias e em T3 no puerpério mediato de até 45 dias.

Tabela 03 - Evolução da satisfação das participantes do estudo T0- 24h pós-parto, T1 - 7 a 10 dias pós-parto e T2- 30 a 45 dias pós-parto. Juiz de Fora-MG, 2025.

Variável	Tempo					
	T0		T1		T2	
	n	%	n	%	n	%
Ind 1						
Informações recebidas sobre os métodos para o alívio da dor						
1 a 3	7	31,82	9	40,91	7	31,82
4 a 5	15	68,18	13	59,09	15	68,18
Ind 2						
Cuidados não farmacológicos para o controle da dor						
1 a 3	8	40,00	10	50,00	9	45,00
4 a 5	12	60,00	10	50,00	11	55,00
Ind 3						
Cuidados farmacológicos para o controle da dor						
1 a 3	8	38,10	10	47,62	8	38,10
4 a 5	13	61,90	11	52,38	13	61,90
Ind 4						
Proteção do direito legal da presença de um acompanhante						
1 a 3	3	5,26	10	17,54	10	17,54
4 a 5	54	94,74	47	82,46	47	82,46
Ind 5						
Preferências pessoais foram consideradas ao longo dos cuidados						
1 a 3	13	22,41	16	27,59	15	25,86
4 a 5	45	77,59	42	72,41	43	74,14

Ind 6						
Auxílio e/ou estímulo para mudanças de posição desejadas durante o processo de parto						
1 a 3	9	20,00	8	17,78	11	24,44
4 a 5	36	80,00	37	82,22	34	75,56
Ind 7						
Continuidade dos cuidados à medida que a mulher é transferida de um ambiente para outro						
1 a 3	6	10,71	7	12,50	14	25,00
4 a 5	50	89,29	49	87,50	42	75,00
Ind 8						
Assistência na escolha e no acesso a alimentos e líquidos para consumo						
1 a 3	18	31,58	21	36,84	21	36,84
4 a 5	39	68,42	36	63,16	36	63,16
Ind 9						
Assistência para manter o conforto						
1 a 3	13	22,81	22	38,60	22	40,35
4 a 5	44	77,19	35	61,40	34	59,65
Ind 10						
Instruções para melhorar a participação da mulher no processo de parto						
1 a 3	15	31,91	18	38,30	13	27,66
4 a 5	32	68,09	29	61,70	34	72,34
Ind 11						
A equipe apresenta informações de forma compreensível						
1 a 3	12	20,69	13	22,41	16	27,59
4 a 5	46	79,31	45	77,59	42	72,41

Ind 12						
Limpeza do ambiente de cuidado						
1 a 3	9	15,25	10	16,95	22	37,29
4 a 5	50	84,75	49	83,05	37	62,71
Ind 13						
Tempo de espera para ter as necessidades atendidas						
1 a 3	27	45,76	28	47,46	12	20,34
4 a 5	32	54,24	31	52,54	47	79,66
Ind 14						
Conhecimento e habilidade demonstrados pela equipe de saúde durante o processo de parto						
1 a 3	4	6,78	4	6,78	10	16,95
4 a 5	55	93,22	55	93,22	49	83,05
Ind 15						
Acesso a suprimentos e equipamentos						
1 a 3	5	8,47	5	8,47	19	32,20
4 a 5	54	91,53	54	91,53	40	67,80
Ind 16						
Promoção da privacidade						
1 a 3	6	10,53	12	21,05	6	10,53
4 a 5	51	89,47	45	78,95	51	89,47
Ind 17						
Integração de crenças culturais aos cuidados de enfermagem						
1 a 3	4	7,55	1	1,89	8	15,09
4 a 5	49	92,45	52	98,11	45	84,91

Ind 18	1	1,75	1	1,75	10	17,54
Uso do nome do cliente ao longo dos cuidados	56	98,25	56	98,25	47	82,46
1 a 3						
4 a 5						
Ind 19						
Equipe se comunica com a cliente sem demonstrar julgamentos						
1 a 3	3	5,26	2	3,51	25	43,86
4 a 5	54	94,74	55	96,49	32	56,14
Ind 20						
Cortesia demonstrada pela equipe						
1 a 3	9	15,52	14	24,14	28	48,28
4 a 5	49	84,48	44	75,86	30	51,72
Ind 21						
Consideração demonstrada pela equipe quanto aos sentimentos e opiniões da mulher						
1 a 3	14	25,00	15	26,79	7	12,50
4 a 5	42	75,00	41	73,21	49	87,50
Ind 22						
Segurança quanto à identificação da cliente em pulseira e leito						
1 a 3	2	3,39	3	5,08	13	22,03
4 a 5	57	96,61	56	94,92	46	77,97
Ind 23						
Informações e condutas para prevenção de quedas ao longo do processo de parto						
1 a 3	5	11,36	3	6,82	20	45,45
4 a 5	39	88,64	41	93,18	24	54,55

Ind 24						
Uso apropriado do toque vaginal						
1 a 3	11	47,83	13	56,52	15	65,22
4 a 5	12	52,17	10	43,48	8	34,78
Ind 25						
Intervenções e manobras no processo de parto						
1 a 3	8	38,10	10	47,62	13	61,90
4 a 5	13	61,90	11	52,38	8	38,10

Fonte: Dados da pesquisa de Aplicabilidade Clínica do Resultado de Enfermagem “Satisfação do Cliente: Processo de Parto”.

A partir da análise da tabela acima, é possível evidenciar uma queda progressiva da satisfação das puérperas em grande parte dos indicadores ao longo do tempo (T2). Aspectos como limpeza do ambiente, disponibilidade de suprimentos, respeito às crenças culturais, uso do nome da paciente, comunicação sem julgamentos, cortesia, segurança na identificação, prevenção de quedas e práticas assistenciais no intraparto apresentaram redução na proporção de respostas positivas (escores 4 e 5).

Especificamente, os indicadores 9, 12, 15, 18, 19, 20, 22 e 23, relacionados a assistência para manter o conforto, limpeza do local, acesso a suprimentos, uso do nome do cliente, cortesia demonstrada pela equipe, segurança quanto ao uso da pulseira de identificação e informações prestadas para prevenção de quedas demonstraram declínio mais acentuado em T2. Entre eles, destacam-se reduções expressivas, como a observada no indicador 19 (comunicação sem julgamentos), que passou de 94,74% em T0 para 56,14% em T2, e no indicador 12 (limpeza do ambiente), que caiu de 84,75% em T0 para 62,71% em T2.

No que se refere à satisfação com as práticas intraparto, os indicadores 24 e 25, relacionados a intervenções e manobras durante o trabalho de parto e ao exame de toque vaginal, também apresentaram queda em T2, evidenciando uma piora na percepção das mulheres quanto a esses aspectos ao longo do tempo.

Por outro lado, a análise longitudinal em três momentos revelou melhora consistente em determinados indicadores. Observou-se aumento da satisfação das puérperas no que diz respeito ao tempo de espera para atendimento e à consideração da equipe em relação aos seus sentimentos, com destaque para a elevação desses escores no período de 30 a 45 dias pós-parto (T2).

Para corroborar com a exploração dos dados, foi realizado através da análise de regressão de Poisson - GEE o risco relativo das puérperas aplicares os escores 4 e 5 ao longo dos primeiros 10 dias de puerpério. Foi realizada uma comparação entre os momentos iniciais T0 e T1 como apresentado na tabela abaixo.

Tabela 04 – Análise de regressão de Poisson com modelo Regressão de Poisson com Equações de Estimação Generalizadas (GEE) comparando T0 - 24h pós-parto e T1 - 7 a 10 dias pós-parto para a probabilidade de alta satisfação (notas 4 e 5). Juiz de Fora-MG, 2025.

Variável dependente	Comparação	Risco relativo*	Intervalo de confiança (95%)		p-valor
			Limite inferior	Limite superior	
Ind 1					
Informações recebidas sobre os métodos para o alívio da dor	T1 - T0	1,26	0,96	1,65	0,0954
Ind 2					
Cuidados não farmacológicos para o controle da dor	T1 - T0	1,16	0,88	1,52	0,2976
Ind 3					
Cuidados farmacológicos para o controle da dor	T1 - T0	1,03	0,80	1,32	0,8348
Ind 4					
Proteção do direito legal da presença de um acompanhante	T1 - T0	0,89	0,81	0,98	0,0219
Ind 5					
Preferências pessoais foram consideradas ao longo dos cuidados	T1 - T0	0,93	0,79	1,09	0,3658
Ind 6					
Auxílio e/ou estímulo para mudanças de posição desejadas durante o processo de parto	T1 - T0	1,00	0,86	1,17	1,0000

Ind 7					
Continuidade dos cuidados à medida que a mulher é transferida de um ambiente para outro	T1 - T0	0,99	0,89	1,10	0,8415
Ind 8					
Assistência na escolha e no acesso a alimentos e líquidos para consumo	T1 - T0	1,00	0,83	1,21	1,0000
Ind 9					
Assistência para manter o conforto	T1 - T0	0,90	0,75	1,08	0,2581
Ind 10					
Instruções para melhorar a participação da mulher no processo de parto	T1 - T0	0,98	0,76	1,27	0,8815
Ind 11					
A equipe apresenta informações de forma compreensível	T1 - T0	1,04	0,90	1,20	0,6310
Ind 12					
Limpeza do ambiente de cuidado	T1 - T0	0,97	0,85	1,10	0,6015
Ind 13					
Tempo de espera para ter as necessidades atendidas	T1 - T0	1,07	0,84	1,37	0,5863

Ind 14	T1 - T0	0,98	0,92	1,05	0,5637
Conhecimento e habilidade demonstrados pela equipe de saúde durante o processo de parto					
Ind 15					
Acesso a suprimentos e equipamentos	T1 - T0	1,00	0,94	1,07	1,0000
Ind 16					
Promoção da privacidade	T1 - T0	0,94	0,84	1,05	0,2394
Ind 17					
Integração de crenças culturais aos cuidados de enfermagem	T1 - T0	1,03	0,98	1,09	0,2569
Ind 18					
Uso do nome do cliente ao longo dos cuidados	T1 - T0	1,00	0,97	1,03	1,0000
Ind 19					
Equipe se comunica com a cliente sem demonstrar julgamentos	T1 - T0	1,01	0,97	1,05	0,6547
Ind 20					
Cortesia demonstrada pela equipe	T1 - T0	0,85	0,74	0,97	0,0198
Ind 21					
Consideração demonstrada pela equipe quanto aos sentimentos e opiniões da mulher	T1 - T0	0,96	0,83	1,11	0,6121

Ind 22					
Segurança quanto à identificação					
da cliente em pulseira e leito	T1 - T0	0,99	0,95	1,03	0,6547
Ind 23					
Informações e condutas para					
prevenção de quedas ao longo do					
processo de parto	T1 - T0	1,03	0,95	1,12	0,4669
Ind 24					
Uso apropriado do toque vaginal	T1 - T0	1,21	0,85	1,73	0,2979
Ind 25					
Intervenções e manobras no					
processo de parto	T1 - T0	1,11	0,81	1,52	0,5129

Fonte: Dados da pesquisa de Aplicabilidade Clínica do Resultado de Enfermagem “Satisfação do Cliente: Processo de Parto”

A análise das respostas das puérperas ao longo do tempo evidenciou variações importantes na satisfação com a assistência recebida. De modo geral, observou-se que a maioria dos indicadores manteve escores elevados 4 e 5, sugerindo alta satisfação no período pós-parto.

Entretanto, alguns indicadores apresentaram oscilações estatisticamente relevantes quando avaliados. Na comparação entre T0 e T1, a maior parte dos indicadores não apresentou diferenças significativas, indicando estabilidade na percepção das puérperas no curto prazo. Apenas os indicadores 4 - “Proteção do direito legal da presença de um acompanhante” e 20 - “Cortesia demonstrada pela equipe” evidenciaram redução significativa no escore de satisfação, sugerindo possíveis fragilidades na assistência logo após a alta hospitalar.

Para realizar a comparação da satisfação das mulheres ao longo do puerpério, foi realizado através da análise de regressão de Poisson - GEE o risco relativo das puérperas aplicares os escores 4 e 5 ao longo do tempo, comparando os tempos T0 - T1, T0-T2 e T1-T2 como apresentado na tabela abaixo. A Tabela 05 apresentada abaixo ilustra o risco relativo para cada um dos 25 indicadores avaliados levando em consideração as respostas apresentadas em T0, após 24 horas do parto, em T1 no puerpério imediato de até 10 dias e em T3 no puerpério mediato de até 45 dias.

Tabela 05 – Análise de regressão de Poisson com modelo GEE comparando T0 - 24h pós-parto e T1 - 7 a 10 dias pós-parto e T3- 30 a 45 dias pós-parto. Juiz de Fora-MG, 2025.

Variável dependente	Comparação	Risco relativo*	Intervalo de confiança (95%)		p-valor
			Limite inferior	Limite superior	
Ind 1 Informações recebidas sobre os métodos para o alívio da dor	T1 - T0	0,87	0,58	1,29	0,4799
	T2 - T0	1,00	0,64	1,57	1,0000
	T2 - T1	1,15	0,78	1,72	0,4799
Ind 2 Cuidados não farmacológicos para o controle da dor	T1 - T0	0,83	0,50	1,38	0,4801
	T2 - T0	0,92	0,52	1,61	0,7631
	T2 - T1	1,10	0,67	1,80	0,7056
Ind 3 Cuidados farmacológicos para o controle da dor	T1 - T0	0,85	0,53	1,35	0,4800
	T2 - T0	1,00	0,59	1,69	1,0000
	T2 - T1	1,18	0,79	1,77	0,4148
Ind 4 Proteção do direito legal da presença de um acompanhante	T1 - T0	0,87	0,76	1,00	0,0524
	T2 - T0	0,87	0,76	1,00	0,0524
	T2 - T1	1,00	0,87	1,16	1,0000
Ind 5 Preferências pessoais foram consideradas ao longo dos cuidados	T1 - T0	0,93	0,77	1,14	0,4914
	T2 - T0	0,96	0,76	1,20	0,6949
	T2 - T1	1,02	0,84	1,25	0,8185
Ind 6 Auxílio e/ou estímulo para mudanças de posição	T1 - T0	1,03	0,83	1,27	0,7963
	T2 - T0	0,94	0,77	1,16	0,5930

desejadas durante o processo de parto	T2 - T1	0,92	0,75	1,12	0,4055
Ind 7	T1 - T0	0,98	0,86	1,12	0,7630
Continuidade dos cuidados à medida que a mulher é transferida de um ambiente para outro	T2 - T0	0,84	0,71	0,99	
	T2 - T1	0,86	0,72	1,02	0,0458 0,0899
<hr/>					
Ind 8					
Assistência na escolha e no acesso a alimentos e líquidos para consumo	T1 - T0	0,92	0,72	1,19	0,5317
	T2 - T0	0,92	0,71	1,20	0,5486
	T2 - T1	1,00	0,77	1,29	1,0000
Ind 9	T1 - T0	0,80	0,63	1,00	0,0501
Assistência para manter o conforto	T2 - T0	0,77	0,59	1,02	0,0687
	T2 - T1	0,97	0,75	1,26	0,8273
Ind 10	T1 - T0	0,91	0,66	1,25	0,5487
Instruções para melhorar a participação da mulher no processo de parto	T2 - T0	1,06	0,83	1,37	0,6374
	T2 - T1	1,17	0,89	1,54	0,2518
Ind 11	T1 - T0	0,98	0,81	1,18	0,8185
A equipe apresenta informações de forma compreensível	T2 - T0	0,91	0,73	1,15	0,4329
	T2 - T1	0,93	0,77	1,14	0,4914

Ind 12 Limpeza do ambiente de cuidado	T1 - T0	0,98	0,85	1,13	0,7815
	T2 - T0	0,74	0,59	0,92	0,0069
	T2 - T1	0,76	0,60	0,95	0,0146
Ind 13 Tempo de espera para ter as necessidades atendidas	T1 - T0	0,97	0,72	1,31	0,8348
	T2 - T0	1,47	1,12	1,93	0,0056
	T2 - T1	1,52	1,21	1,91	0,0004
Ind 14 Conhecimento e habilidade demonstrados pela equipe de saúde durante o processo de parto	T1 - T0	1,00	0,90	1,11	1,0000
	T2 - T0	0,89	0,78	1,02	0,0834
	T2 - T1	0,89	0,77	1,03	0,1090
Ind 15 Acesso a suprimentos e equipamentos	T1 - T0	1,00	0,89	1,12	1,0000
	T2 - T0	0,74	0,61	0,89	0,0018
	T2 - T1	0,74	0,61	0,89	0,0018
Ind 16 Promoção da privacidade	T1 - T0	0,88	0,75	1,04	0,1339
	T2 - T0	1,00	0,88	1,14	1,0000
	T2 - T1	1,13	1,00	1,29	0,0579
Ind 17 Integração de crenças culturais aos cuidados de enfermagem	T1 - T0	1,06	0,97	1,16	0,1798
	T2 - T0	0,92	0,79	1,06	0,2484
	T2 - T1	0,87	0,77	0,98	0,0197
Ind 18 Uso do nome do cliente ao longo dos cuidados	T1 - T0	1,00	0,95	1,05	1,0000
	T2 - T0	0,84	0,74	0,95	0,0067
	T2 - T1	0,84	0,74	0,95	0,0067

Ind 19 Equipe se comunica com a cliente sem demonstrar julgamentos	T1 - T0	1,02	0,94	1,10	0,6547
	T2 - T0	0,59	0,47	0,75	< 0,0001
	T2 - T1	0,58	0,47	0,73	< 0,0001
Ind 20 Cortesia demonstrada pela equipe	T1 - T0	0,90	0,75	1,08	0,2516
	T2 - T0	0,61	0,46	0,81	0,0007
	T2 - T1	0,68	0,54	0,87	0,0019
Ind 21 Consideração demonstrada pela equipe quanto aos sentimentos e opiniões da mulher	T1 - T0	0,98	0,79	1,20	0,8186
	T2 - T0	1,17	0,97	1,41	
	T2 - T1	1,20	1,01	1,42	0,1086
					0,0458
Ind 22 Segurança quanto à identificação da cliente em pulseira e leito	T1 - T0	0,98	0,91	1,06	0,6547
	T2 - T0	0,81	0,70	0,94	
	T2 - T1	0,82	0,71	0,95	0,0046 0,0076
Ind 23 Informações e condutas para prevenção de quedas ao longo do processo de parto	T1 - T0	1,05	0,92	1,21	0,4795
	T2 - T0	0,62	0,46	0,83	
	T2 - T1	0,59	0,44	0,78	0,0012 0,0002
Ind 24 Uso apropriado do toque vaginal	T1 - T0	0,83	0,54	1,29	0,4149
	T2 - T0	0,67	0,30	1,48	0,3206
	T2 - T1	0,80	0,37	1,71	0,5645
Ind 25 Intervenções e manobras no processo de parto	T1 - T0	0,85	0,50	1,42	0,5276
	T2 - T0	0,62	0,29	1,30	0,2011

T2 - T1	0,73	0,39	1,36	0,3194
----------------	------	------	------	--------

Fonte: Dados da pesquisa de Aplicabilidade Clínica do Resultado de Enfermagem “Satisfação do Cliente: Processo de Parto”.

Ao analisar os três momentos (T0, T1 e T2), verificou-se que alguns indicadores se destacaram com variação estatisticamente significativa. O indicador 13 - “Tempo de espera para ter as necessidades atendidas”, apresentou aumento expressivo da satisfação em T2 - “Consideração demonstrada pela equipe quanto aos sentimentos e opiniões da mulher” em relação a T0 e T1, assim como o indicador 21 com aumento em T2 em relação a T1, sinalizando melhorias percebidas ao longo do puerpério.

Em contrapartida, os indicadores 07, 12, 15, 17, 18, 19, 20, 22 e 23 apresentaram queda significativa na satisfação no período tardio, o que sugere que determinadas dimensões da assistência intraparto e pós-parto podem não estar mantendo sua qualidade de forma consistente após as primeiras semanas. A queda de satisfação em indicadores relacionados a aspectos específicos como a continuidade do cuidado, comunicação da equipe, segurança, informação e limpeza do ambiente, suporte, orientação e continuidade do cuidado, reflete lacunas na rede de atenção à saúde da mulher. Por outro lado, o aumento em determinados indicadores demonstra que há áreas em que a assistência vem sendo bem avaliada e pode servir como modelo para fortalecer práticas exitosas.

Os resultados apontam para a necessidade de estratégias voltadas ao fortalecimento do vínculo entre equipe de saúde e puérpera, melhoria na comunicação, qualificação das orientações prestadas e melhorias no ambiente. A utilização do modelo GEE permitiu captar tendências longitudinais importantes, confirmando que a satisfação materna não é estática, mas sim um fenômeno dinâmico que varia conforme o tempo e o tipo de suporte oferecido.

Os resultados indicam que a percepção positiva da assistência recebida é maior no período imediato após o parto, mas tende a declinar ao longo das semanas seguintes, principalmente em dimensões ligadas à humanização e continuidade do cuidado. Algumas áreas, entretanto, mantêm níveis elevados de aprovação e podem servir como referência para aprimorar os pontos identificados como fragilidades.

5.2 Resultados - Escala Mackey

Após a aplicação do Resultado de Enfermagem, procedeu-se à utilização do segundo instrumento de avaliação, intitulado *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale*, composto por questões objetivas e discursivas que investigam a satisfação materna em relação ao processo de parto.

A versão da Escala de Mackey utilizada neste estudo foi previamente adaptada e validada transculturalmente para a língua portuguesa, assegurando equivalência semântica e cultural. Esse instrumento possui a maior parte de seus itens direcionados à avaliação da satisfação no parto vaginal, contemplando aspectos como o período expulsivo, a dequitação da placenta e a experiência das contrações.

Considerando, entretanto, o contexto assistencial do cenário investigado, marcado por altas taxas de cesariana, identificou-se a necessidade de adaptação da escala. Assim, foi incorporada a opção de resposta “não se aplica”, direcionada a mulheres submetidas à cesariana eletiva ou intraparto, nas quais determinados itens não poderiam ser avaliados de forma pertinente. Essa adaptação foi fundamental para manter a aplicabilidade do instrumento, ainda que tenha resultado em perda significativa de respostas em alguns indicadores, comprometendo parcialmente a completude dos resultados.

O quadro 3 a seguir apresenta a distribuição absoluta (n) e relativa (%) das respostas para cada indicador da escala, considerando a pontuação de 1 a 6, em que valores mais baixos indicam insatisfação e valores mais altos expressam maior satisfação com a experiência do parto.

Durante a etapa de análise, os dados obtidos neste estudo foram transcritos integralmente, de forma fiel às respostas fornecidas pelas participantes, assegurando a preservação do conteúdo original e a veracidade das informações. Em razão desse procedimento, o número de respostas (N) em cada variável pode apresentar variações, expressando as particularidades e a heterogeneidade das respostas das mulheres em diferentes itens, sem prejuízo à consistência dos dados coletados.

Observou-se, entretanto, perda amostral significativa (missing), decorrente principalmente do elevado número de partos cesáreos, o que restringiu a aplicabilidade de alguns indicadores formulados exclusivamente para a via vaginal. Além disso, o instrumento foi autoaplicado, o que pode ter contribuído para dificuldades de compreensão e ausência de respostas em determinados itens.

As respostas classificadas como “não se aplica” foram registradas como *missing*, sendo utilizadas nos casos em que os indicadores não correspondiam à assistência efetivamente recebida pela participante ou quando ela optou por não responder determinada questão — especialmente aquelas relacionadas ao parto cesáreo. Esse procedimento respeitou a autonomia das mulheres e garantiu a transparência do processo analítico, refletindo a complexidade e diversidade das experiências vivenciadas no parto e no puerpério.

Quadro 03 - Aplicação da escala “Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale” 24 horas após o parto. Juiz de Fora-MG, 2025.

Indicador	1. Muito Insatisfeita	2. Insatisfeita	3. Nem satisfeita ou insatisfeita	4. Satisfeita	5.Completamente satisfeita	6. Não se aplica
Experiência geral durante o trabalho de parto /cesárea	4% (n=5)	3,2% (n=4)	8,8% (n=11)	60% (n=75)	18,4% (n=23)	5,6% (n=7)
Experiência durante o expulsivo	3,2% (n=4)	6,4% (n=8)	15,2% (n=19)	8% (n=10)	11,2% (n=14)	56% (n=70)
Participação da mulher nas decisões durante o trabalho de parto/cesárea	1,6% (n=2)	7,2% (n=9)	6,4% (n=8)	52,8% (n=66)	24% (n=30)	8% (n=10)
Participação da mulher nas decisões durante o expulsivo	3,2% (n=4)	10,4% (n=13)	9,6% (n=12)	6,4% (n=8)	13,6% (n=17)	56,8% (n=71)
Capacidade de lidar com as contrações durante o trabalho de parto/cesárea	3,2% (n=4)	5,6% (n=7)	11,2% (n=14)	50,4% (n=63)	11,2% (n=14)	18,4% (n=23)
Conforto e bem estar geral durante trabalho de parto/cesárea	0,8% (n=1)	9,6% (n=12)	16,8% (n=21)	47,2% (n=59)	16% (n=20)	9,6% (n=12)
Conforto e bem estar geral durante o expulsivo	4% (n=5)	14,4% (n=18)	8,8% (n=11)	8% (n=10)	9,6% (n=12)	55,2% (n=69)
Controle das emoções durante o	1,6% (n=2)	4% (n=5)	11,2% (n=14)	60% (n=75)	17,6% (n=22)	5,6% (n=7)

Indicador	1. Muito Insatisfeita	2. Insatisfeita	3. Nem satisfeita ou insatisfeita	4. Satisfeita	5.Completamente satisfeita	6. Não se aplica
parto/cesárea						
Controle das emoções durante o expulsivo	5,6% (n=7)	12,8% (n=16)	8,8% (n=11)	8% (n=10)	9,6% (n=12)	55,2% (n=69)
Controle das suas ações durante o parto/cesárea	0,8% (n=1)	4,8% (n=6)	15,2% (n=19)	55,2% (n=69)	16,8% (n=21)	7,2% (n=9)
Controle das suas ações durante o expulsivo	6,4% (n=8)	12% (n=15)	8,8% (n=11)	7,2% (n=9)	8,8% (n=11)	56,8% (n=71)
Colaboração do companheiro/a durante o parto/cesárea	0,8% (n=1)	0% (n=0)	10,4% (n=13)	55,2% (n=69)	27,2% (n=34)	6,4% (n=8)
Colaboração do companheiro/a durante o expulsivo	1,6% (n=2)	0,8% (n=1)	12,8% (n=16)	14,4% (n=18)	12,8% (n=16)	57,6% (n=72)
Condições físicas de saúde do bebê no nascimento	0% (n=0)	4% (n=5)	5,6% (n=7)	56% (n=70)	30,4% (n=38)	4% (n=5)
Tempo que demorou para você segurar o bebê pela primeira vez	3,2% (n=4)	11,2% (n=14)	12% (n=15)	42,4% (n=53)	23,2% (n=29)	8% (n=10)

Indicador	1. Muito Insatisfeita	2. Insatisfeita	3. Nem satisfeita ou insatisfeita	4. Satisfeita	5.Completamente satisfeita	6. Não se aplica
Tempo que demorou para você amamentar pela primeira vez	4% (n=5)	12,8% (n=16)	12% (n=15)	40% (n=50)	20,8% (n=26)	10,4% (n=13)
Cuidados com o seu corpo que recebeu da equipe de enfermagem durante o trabalho de parto/cesárea	1,6% (n=2)	2,4% (n=3)	12% (n=15)	53,6% (n=67)	23,2% (n=29)	7,2% (n=9)
Cuidados com o seu corpo que recebeu da equipe médica durante o trabalho de parto/cesárea	0,8% (n=1)	4,8% (n=6)	13,6% (n=17)	52% (n=65)	23,2% (n=29)	5,6% (n=7)
Conhecimento técnico, habilidade e competência da equipe de enfermagem durante o trabalho de parto/cesárea	0% (n=0)	0,8% (n=1)	4,8% (n=6)	62,4% (n=78)	26,4% (n=33)	5,6% (n=7)
Conhecimento técnico, habilidade e competência da equipe médica durante o trabalho de parto/cesárea	0% (n=0)	1,6% (n=2)	3,2% (n=4)	58,4% (n=73)	31,2% (n=39)	5,6% (n=7)

Indicador	1. Muito Insatisfeita	2. Insatisfeita	3. Nem satisfeita ou insatisfeita	4. Satisfeita	5.Completamente satisfeita	6. Não se aplica
A quantidade de explicações ou informações que recebeu da equipe de enfermagem durante o trabalho de parto e parto/cesárea.	0,8% (n=1)	4,8% (n=6)	11,2% (n=14)	52,8% (n=66)	24,8% (n=31)	5,6% (n=7)
A quantidade de explicações ou informações que recebeu da equipe médica durante o trabalho de parto e parto/cesárea.	0,8% (n=1)	6,4% (n=8)	11,2% (n=14)	51,2% (n=64)	24,8% (n=31)	5,6% (n=7)
Interesse pessoal da equipe de enfermagem e atenção dada durante o trabalho de parto/cesárea	0,8% (n=1)	5,6% (n=7)	12% (n=15)	51,2% (n=64)	24% (n=30)	6,4% (n=8)
Interesse pessoal da equipe médica e atenção dada durante o trabalho de parto/cesárea	0,8% (n=1)	5,6% (n=7)	14,4% (n=18)	49,6% (n=62)	22,4% (n=28)	7,2% (n=9)
Ajuda da equipe de enfermagem e apoio com a respiração e	0,8%	8,9%	9,7%	46%	25,8%	8,8%

Indicador	1. Muito Insatisfeita	2. Insatisfeita	3. Nem satisfeita ou insatisfeita	4. Satisfeita	5.Completamente satisfeita	6. Não se aplica
relaxamento que recebeu durante o trabalho de parto/cesárea	(n=1)	(n=11)	(n=12)	(n=57)	(n=32)	(n=12)
Ajuda da equipe médica e apoio com a respiração e relaxamento que recebeu durante o trabalho de parto/cesárea	2,4% (n=3)	08% (n=10)	9,6% (n=12)	50,4% (n=63)	20,8% (n=26)	8,8% (n=11)
Tempo que os enfermeiros dedicaram a você no trabalho de parto/cesárea	1,6% (n=2)	5,6% (n=7)	8,8% (n=11)	54,4% (n=68)	23,2% (n=29)	6,4% (n=8)
Tempo que os médicos dedicaram a você no trabalho de parto/cesárea	1,6% (n=2)	6,4% (n=8)	12,8% (n=16)	52% (n=65)	21,6% (n=27)	5,6% (n=7)
Atitude dos enfermeiros durante trabalho de parto/cesárea	0,8% (n=1)	1,6% (n=2)	10,4% (n=13)	55, 2% (n=69)	26,4% (n=33)	5,6% (n=7)
Atitude dos médicos durante trabalho de parto/cesárea	0,8% (n=1)	3,2% (n=4)	9,6% (n=12)	59,2% (n=74)	21,6% (n=27)	5,6% (n=7)

Indicador	1. Muito Insatisfeita	2. Insatisfeita	3. Nem satisfeita ou insatisfeita	4. Satisfeita	5.Completamente satisfeita	6. Não se aplica
Sensibilidade da equipe de enfermagem às necessidades durante trabalho de parto/cesárea	1,6% (n=2)	4,8% (n=6)	12,8% (n=16)	54,4% (n=68)	20% (n=25)	6,4% (n=8)
Sensibilidade da equipe médica às necessidades durante trabalho de parto/cesárea	3,2% (n=4)	6,4% (n=8)	14,4% (n=18)	51,2% (n=64)	19,2% (n=24)	5,6% (n=7)
Satisfação geral sobre os cuidados recebidos durante trabalho de parto/cesárea	0,8% (n=1)	2,4% (n=3)	6,4% (n=8)	61,6% (n=77)	23,2% (n=29)	5,6% (n=7)

Indicador	Nada a ver com o que eu esperava	Muito pouco a ver com o que eu esperava	Um pouco a ver com o que eu esperava	Foi como eu esperava	Não se Aplica
Sua experiência no trabalho de parto/cesárea foi como esperava ?	08% (n=10)	10,4% (n=13)	32% (n=40)	49,6% (n=62)	0% (n=0)
Sua experiência no expulsivo foi como esperava ?	8,9% (n=11)	7,3% (n=9)	16,3% (n=20)	18,7% (n=24)	48,8% (n=60)

Indicador	Muito negativa	Um pouco negativa	Um pouco positiva	Muito positiva
Você avaliaria o seu trabalho de parto/cesárea como essencialmente uma experiência positiva ou negativa ?	2,4% (n=3)	8,8% (n=11)	32% (n=40)	56,8% (n=71)
De forma geral você avaliaria seu parto/cesárea como sendo essencialmente uma experiência positiva ou negativa?	0,8% (n=1)	7,2% (n=9)	33,1% (n=42)	58,9% (n=73)

Fonte: Dados da pesquisa de Aplicabilidade Clínica do Resultado de Enfermagem “Satisfação do Cliente: Processo de Parto”.

A avaliação da satisfação materna por meio dos indicadores do instrumento aplicado revelou predomínio de respostas positivas em relação ao processo de parto e cesariana. No que se refere à experiência geral durante o trabalho de parto/cesárea, 64% das mulheres referiram estar satisfeitas ou completamente satisfeitas, enquanto apenas 7,2% expressaram insatisfação (escores 1–2). Já em relação ao expulsivo, observou-se maior proporção de respostas na categoria “não se aplica” (56%), refletindo o alto número de cesarianas, mas, entre aquelas que vivenciaram esse momento, 21,2% relataram satisfação elevada.

Em relação à capacidade de lidar com as contrações, 61,6% das mulheres declararam estar satisfeitas ou muito satisfeitas, enquanto 20% permaneceram neutras ou insatisfeitas. O conforto e bem-estar geral durante o trabalho de parto/cesárea também foi bem avaliado, com 63,4% de respostas positivas, embora 27,2% tenham indicado insatisfação parcial ou neutralidade. Durante o expulsivo, porém, o cenário foi distinto: apenas 17,6% relataram satisfação elevada, ao passo que 55,2% marcaram “não se aplica”.

A percepção de apoio emocional e controle das emoções foi positiva: 64% das mulheres afirmaram estar satisfeitas durante o trabalho de parto/cesárea, embora, novamente, no expulsivo, esse indicador tenha sido pouco aplicável (55,2%). O controle das ações da mulher também mostrou boa aceitação no trabalho de parto/cesárea (72%), mas queda expressiva no expulsivo, onde apenas 16% atribuíram escores altos.

No que se refere aos cuidados clínicos, a avaliação das condições de saúde do bebê no nascimento apresentou altos índices de satisfação (86,4% escores 4–5). O tempo para segurar o bebê pela primeira vez e para iniciar a amamentação obteve avaliações mais variadas, com cerca de 65,6% e 60,8% de respostas positivas, respectivamente, mas com proporções consideráveis de neutralidade ou insatisfação.

A percepção da competência técnica da equipe de enfermagem e médica foi amplamente positiva: 88,8% atribuíram escores altos à enfermagem e 89,6% à equipe médica. De forma semelhante, a quantidade de informações e explicações recebidas foi considerada adequada por mais de 75% das mulheres. Os indicadores sobre interesse pessoal da equipe, apoio com técnicas de respiração e relaxamento, tempo dedicado pela equipe e sensibilidade às necessidades maternas também apresentaram predomínio de satisfação, ainda que aproximadamente 15–20% das mulheres tenham permanecido em posição neutra ou insatisfeita.

No que tange à satisfação global, 84,8% das mulheres avaliaram os cuidados recebidos durante o parto/cesárea como satisfatórios ou muito satisfatórios. Quanto à expectativa em relação ao processo, quase metade (49,6%) afirmou que sua experiência no trabalho de parto/cesárea foi como esperava, enquanto 32% indicaram que foi “um pouco como esperava”. Para o expulsivo, esse percentual foi menor, com apenas 18,7% declarando que a experiência correspondeu integralmente às suas expectativas.

Por fim, a avaliação geral da experiência mostrou-se majoritariamente positiva, no qual 88,8% das participantes consideraram o trabalho de parto/cesárea como uma

experiência positiva (escores “um pouco positiva” e “muito positiva”), enquanto apenas 11,2% relataram percepções negativas.

Após a exploração dos dados quantitativos apresentados, foi realizada a análise lexical dos dados qualitativos abordados na escala Mackey como “*O que contribuiu para sua satisfação/insatisfação com a experiência do nascimento do bebê*”. Foi realizada a categorização das informações de acordo com a apresentação a seguir:

Categoria 1 - Aspectos positivos que aumentaram a satisfação materna:

- Saúde do bebê e da mãe: Relatos frequentes destacam maior satisfação ligada ao bem-estar do binômio ao final do parto;
- Bom atendimento da equipe: Elogios à atenção, cuidado, paciência e competência dos profissionais;
- Presença do acompanhante: A possibilidade de estar acompanhada proporcionou conforto emocional e segurança;
- Respeito e acolhimento: Valorização quanto ao respeito às escolhas e seguimento do planos de parto;
- Rapidez na tomada de decisão: Intervenções realizadas de forma ágil foram percebidas como positivas;
- Explicações adequadas: Informações claras e pertinentes.

Ao quantificar a frequência dos núcleos mais presentes nas respostas das mulheres foi possível construir o gráfico abaixo:

Gráfico 1 - Núcleos mais frequentes abordados nas respostas das participantes ligados à maior satisfação no parto. Juiz de Fora-MG, 2025.



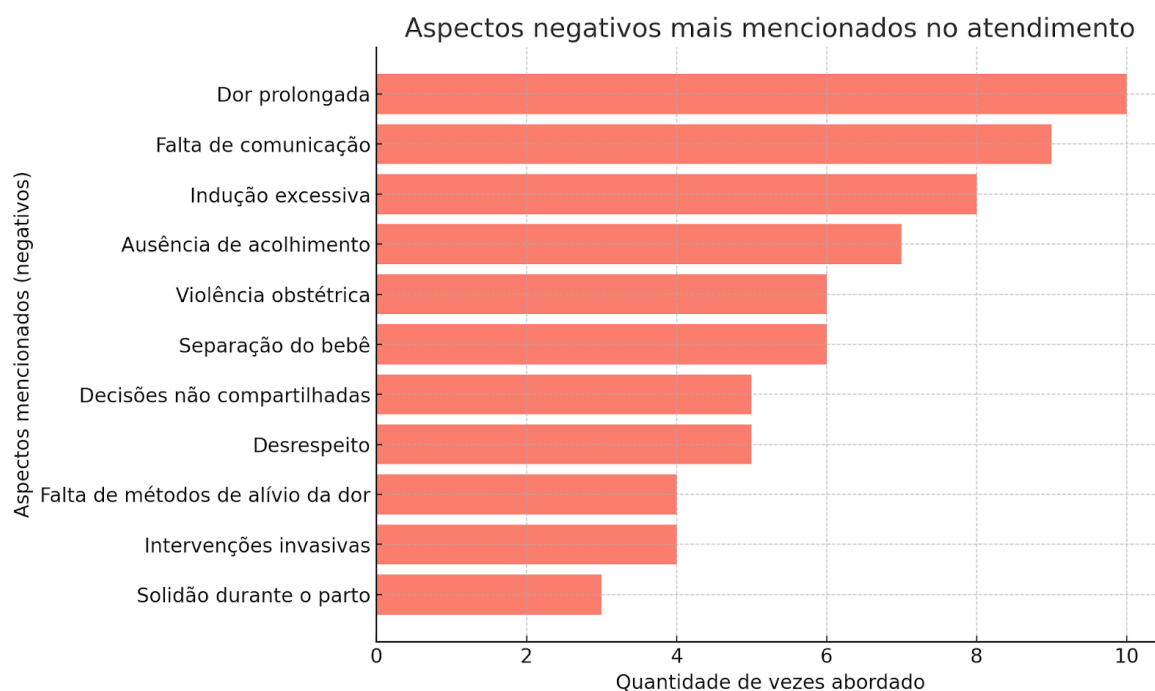
Fonte: Dados da pesquisa de Aplicabilidade Clínica do Resultado de Enfermagem “Satisfação do Cliente: Processo de Parto”.

Categoria 2 - Pontos de insatisfação e oportunidades de melhoria:

- Dor prolongada e induções excessivas: Associação entre longos períodos de trabalho de parto e métodos que consideram desnecessários.
- Falta de comunicação: Queixas sobre ausência de explicações sobre procedimentos, mudanças de conduta ou estado do bebê.
- Decisões médicas não compartilhadas: Desejo por cesariana não atendido ou cesariana realizada sem justificativa clara.
- Sensação de solidão ou abandono: Momentos em que a equipe não estava presente ou não ofereceu suporte ativo.
- Violência obstétrica ou falta de humanização: Comentários sobre intervenções invasivas, toques excessivos ou falta de métodos de alívio da dor (como bola ou chuveiro).
- Separação do bebê após o nascimento: Sofrimento relatado quando o bebê foi levado sem explicações imediatas.

Ao quantificar a frequência dos núcleos mais presentes nas respostas das mulheres foi possível construir o gráfico abaixo:

Gráfico 2 - Núcleos mais frequentes abordados nas respostas das participantes ligados à menor satisfação no parto. Juiz de Fora-MG, 2025.



Fonte: Dados da pesquisa de Aplicabilidade Clínica do Resultado de Enfermagem “Satisfação do Cliente: Processo de Parto”.

Assim, as características que mais associaram a satisfação das mulheres com o seu processo de parto estão diretamente ligadas ao cuidado humanizado, a presença de acompanhante, a comunicação clara e principalmente o desfecho do parto com a vitalidade e assistência prestada ao bebê. Os pontos de maior interferência na satisfação foram queixas de dor prolongada, intervenções sem explicações plausíveis, falta de acessibilidade das informações e falta de autonomia na escolha da sua via de parto e decisões ao longo do parto.

6. Discussão:

Os resultados deste estudo oferecem uma compreensão ampla e integrada da experiência de satisfação materna no parto, analisada tanto pela associação de indicadores do resultado de enfermagem “Satisfação da Cliente: Processo de Parto” com variáveis sociodemográficas e clínicas, quanto pela aplicação da *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale*. As evidências indicam que fatores socioeconômicos e raciais exercem influência significativa sobre a percepção do cuidado, ao mesmo tempo em que revelam fragilidades persistentes relacionadas ao protagonismo da mulher, à humanização da assistência e à via de parto predominante no cenário analisado.

Ao analisar o perfil sociodemográfico das participantes deste estudo, é possível evidenciar predominância de mulheres jovens, com gestações a termo, escolaridade de nível médio e renda familiar de até dois salários mínimos características que refletem vulnerabilidade social moderada, capaz de impactar diretamente tanto o acesso aos serviços de saúde quanto na qualidade da assistência prestada. Observou-se que mulheres de baixa renda e autodeclaradas pretas ou pardas apresentaram redução significativa na satisfação com a assistência recebida, especialmente em indicadores relacionados ao toque vaginal e manobras obstétricas.

Esses achados são coerentes com estudos internacionais, como uma pesquisa norueguesa com mais de oito mil puérperas, que evidenciou menor satisfação entre mulheres em situação de vulnerabilidade social, associada à baixa renda, ausência de companheiro, baixo nível de escolaridade e pertencimento racial preto ou pardo (Vedeler *et al.*, 2023).

A literatura recente confirma que variáveis socioeconômicas influenciam profundamente a experiência do parto, afetando tanto a percepção de humanização do cuidado quanto os desfechos maternos e neonatais. Tais evidências reforçam a necessidade de políticas públicas voltadas à redução das desigualdades sociais e à implementação de estratégias específicas para gestantes em maior vulnerabilidade, a fim de promover equidade no acesso e na qualidade da assistência (Louis *et al.*, 2023; Vedeler *et al.*, 2023; Udvari, 2025).

Outro aspecto relevante refere-se à composição racial das participantes, majoritariamente mulheres pretas e pardas. A análise revelou redução expressiva da satisfação desse grupo em indicadores relacionados à consideração e ao respeito da equipe

de saúde. A OMS reconhece que mulheres negras estão mais vulneráveis a práticas obstétricas inadequadas e frequentemente têm menor acesso a recursos adequados, métodos de alívio da dor e consideração da equipe, o que evidencia a urgência de estratégias que priorizem a equidade no cuidado (WHO, 2023; Leal *et al.*, 2023).

Esses resultados dialogam com pesquisas nacionais que documentam maior incidência de violência obstétrica e falhas na comunicação com mulheres negras, reforçando a importância de políticas públicas eficazes para o enfrentamento do racismo obstétrico. Dados preliminares da pesquisa Nascer no Brasil II apontam desigualdades estruturais na atenção obstétrica, refletidas em piores indicadores de saúde e maior mortalidade materna entre mulheres pretas e pardas (Leal *et al.*, 2023; Leite *et al.*, 2022; WHO, 2014).

No tocante à caracterização da assistência, o estudo registrou uma taxa de 60,8% de cesarianas, substancialmente superior ao percentual recomendado pela OMS (10% a 15%) (OMS, 1996; Dias *et al.*, 2022). Esse achado reflete a realidade brasileira de medicalização do nascimento, marcada pelo uso frequente de intervenções cirúrgicas sem indicação clínica adequada. As cesarianas eletivas estão associadas à redução do protagonismo feminino, à menor satisfação com o processo de parto, à maior dor no pós-operatório e ao aumento do risco de complicações, como hemorragia, atonia uterina, infecção puerperal, dificuldades na amamentação e mortalidade materna (Abubakar *et al.*, 2021; Arrebola *et al.*, 2021; Betran *et al.*, 2021).

Arelado ao elevado índice de cirurgias, observou-se predomínio da atuação médica, embora os enfermeiros obstetras tenham desempenhado papéis relevantes em etapas essenciais do cuidado. Estudos recentes destacam que a presença integral do enfermeiro obstetra está associada à maior humanização, redução da violência obstétrica, promoção da comunicação empática, fortalecimento da autonomia feminina e menor ocorrência de intervenções desnecessárias (Costa *et al.*, 2024; Muniz *et al.*, 2020; Vidal *et al.*, 2021).

A implementação da Rede Alyne representa um avanço nas políticas públicas voltadas à humanização da assistência obstétrica no Brasil, reafirmando o compromisso com o cuidado centrado na mulher. Essa iniciativa busca garantir uma experiência de parto segura, respeitosa e baseada em evidências, o que se relaciona diretamente com maiores níveis de satisfação materna. Ao priorizar o protagonismo feminino, a autonomia nas decisões e o acolhimento durante o processo de parto, a Rede Alyne contribui para a

melhoria da qualidade assistencial e para a redução de práticas intervencionistas desnecessárias, aspectos frequentemente associados à insatisfação das mulheres com a assistência recebida (Brasil, 2024).

No contexto do protagonismo da mulher, a educação perinatal emerge como ferramenta essencial para promover autonomia e reduzir a violência obstétrica. A elaboração do plano de parto, prática frequentemente apoiada por enfermeiros, fortalece o conhecimento sobre os direitos das mulheres e favorece decisões conscientes e informadas (Garret *et al.*, 2021; Macedo *et al.*, 2023). A OMS reconhece o plano de parto como instrumento de empoderamento feminino, capaz de melhorar a experiência intraparto (WHO, 2014). No entanto, neste estudo, 81,1% das participantes não produziram esse documento, e 60,7% não tiveram acesso à educação perinatal, evidenciando carência de informação e consequente redução da autonomia durante o processo de parto.

Embora estudos indiquem que gestantes que recebem educação perinatal têm maior capacidade de decisão e relatam maior satisfação, mulheres que elaboram plano de parto tendem a avaliar o cuidado de forma mais crítica, sobretudo quando suas preferências não são respeitadas. Neste estudo, essas mulheres apresentaram índices de satisfação inferiores, possivelmente por expectativas mais elevadas e postura mais crítica diante da assistência (Garret *et al.*, 2021).

Quanto à análise dos indicadores do instrumento “Satisfação da Cliente: Processo de Parto”, a maioria das puérperas atribuiu notas elevadas, demonstrando satisfação positiva nas primeiras 24 horas até os primeiros 10 dias após o parto, sobretudo em aspectos como controle da dor, clareza das informações, comunicação empática, prevenção de quedas, tempo de espera reduzido, respeito às crenças e cultura. Esses indicadores estão alinhados aos requisitos para uma experiência positiva de parto estabelecidos pela OMS (WHO, 2018; Guterres *et al.*, 2025). Contudo, indicadores relacionados ao direito ao acompanhante, respeito às preferências pessoais, conforto, privacidade, cortesia da equipe e limpeza do ambiente hospitalar apresentaram menores níveis de satisfação.

Em uma análise longitudinal (até 45 dias de puerpério), verificou-se queda significativa na satisfação em indicadores já fragilizados no pós-parto imediato, somando-se a eles fatores como assistência ao conforto, cortesia, segurança com identificação, informações para prevenção de quedas e intervenções intraparto, como toque vaginal e manobras obstétricas. Estudos corroboram com esses achados, destacando que a satisfação da mulher está relacionada ao número e à forma como os toques vaginais são

realizados (Teskereci, 2020; Kuçuk 2025). A OMS preconiza que o toque ocorra a cada quatro horas, de forma respeitosa, com consentimento e privacidade. Manobras como episiotomia, Kristeller, puxo dirigido e violências verbais, configuram violência obstétrica e elevam o risco de complicações, depressão pós-parto e disfunções corporais (WHO, 2018; LANSKY *et al.*, 2019; Leite *et al.*, 2022).

A coexistência de altos níveis de satisfação com insatisfações pontuais é descrita na literatura e pode ser explicada pela naturalização de práticas biomédicas enraizadas no imaginário social, levando à não associação dessas condutas com a violência obstétrica. Além disso, a discrepância entre a satisfação imediata e tardia pode estar relacionada ao desfecho positivo do nascimento saudável, somado ao efeito da ocitocina no pós-parto imediato. Com o tempo, no entanto, a reflexão crítica e as consequências das intervenções não consentidas alteram a percepção materna, reduzindo a satisfação (Lopes *et al.*, 2021; Arrebola *et al.*, 2021; Campos *et al.*, 2021).

Observa-se que a elevada taxa de satisfação relatada pelas mulheres do estudo na primeira aplicação do instrumento pode estar associada à alta prevalência de cesarianas. Essa relação reflete uma percepção positiva vinculada à sensação de controle, previsibilidade e ausência de dor durante o procedimento cirúrgico, elementos frequentemente valorizados em um contexto sociocultural que associa o parto cesáreo a maior segurança e conforto (Leal *et al.*, 2021).

Entretanto, essa satisfação subjetiva nem sempre corresponde a melhores desfechos clínicos ou à efetiva humanização da assistência, uma vez que parte dessas cesarianas ocorre sem indicação obstétrica precisa. Assim, torna-se necessário compreender que a satisfação materna deve ser analisada de forma multidimensional, considerando não apenas a via de parto, mas também o respeito às escolhas da mulher, a qualidade da comunicação com os profissionais de saúde e o grau de protagonismo e autonomia exercidos durante o processo de nascimento (Brasil, 2024; WHO, 2018; Leal *et al.*, 2021).

A análise da satisfação materna por meio da *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* evidenciou altos índices de satisfação durante o pós-parto, convergentes com pesquisas brasileiras de metodologia semelhante. Alguns indicadores apresentaram discrepâncias, principalmente relacionados à fase do expulsivo, em que apenas 18,7% das mulheres relataram que o processo atendeu integralmente às suas expectativas, incluindo o controle das emoções e contrações intraparto. A literatura aponta que a fase ativa e o expulsivo são os momentos mais desafiadores para a mulher, com maior probabilidade de

intervenções e situações de violência obstétrica, o que converge com os achados do instrumento “Satisfação da Cliente: Processo de Parto” aplicado inicialmente (Demirel *et al.*, 2021; Louis *et al.*, 2023)

A análise qualitativa da escala Mackey destacou que fatores como a saúde do binômio, bom atendimento da equipe, presença do acompanhante, respeito às escolhas maternas, rapidez na tomada de decisão e informações claras foram determinantes para elevar a satisfação materna. Em contrapartida, a dor prolongada, induções excessivas, comunicação insuficiente, decisões médicas não compartilhadas, solidão, violência obstétrica e separação do bebê impactaram negativamente a experiência. Esses achados reforçam que, além da competência técnica e do desfecho clínico positivo, a humanização do cuidado, o suporte emocional, a participação ativa da mulher e o contato precoce com o recém-nascido são elementos centrais para experiências de parto mais integradas e significativas (Arrebola *et al.*, 2021; Bernardo *et al.*, 2021; Campos *et al.*, 2021).

No que se refere aos cuidados clínicos específicos, a percepção sobre a saúde do bebê no nascimento apresentou altos índices de satisfação, enquanto o tempo para segurar o bebê pela primeira vez e iniciar a amamentação obteve respostas mais heterogêneas. Esses dados convergem com pesquisas internacionais que destacam a importância do contato precoce e da amamentação como fatores críticos para o vínculo mãe-bebê, a estabilidade fisiológica do recém-nascido e a satisfação materna global (Quiroz *et al.*, 2024; Louis *et al.*, 2023; Makela *et al.*, 2023).

Esses achados apontam para a necessidade de fortalecer políticas públicas, consolidar práticas assistenciais baseadas em evidências, reduzir cesarianas desnecessárias e ampliar a humanização do cuidado. Recomenda-se implementar protocolos que assegurem direitos legais (acompanhante, plano de parto) e programas permanentes de capacitação das equipes, com ênfase na comunicação empática. Estratégias como auditorias clínicas sobre toques vaginais e manobras obstétricas, além da incorporação de indicadores de equidade na avaliação da qualidade, são fundamentais para a melhoria dos serviços (Souza *et al.*, 2021; Brasil, 2017).

Iniciativas nacionais, como a Rede Alyne e o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, devem ser fortalecidas e articuladas ao enfrentamento do racismo obstétrico e desigualdades sociais. Futuras pesquisas devem ampliar o acompanhamento para além dos 45 dias pós-parto e incorporar metodologias qualitativas que capturem nuances subjetivas da experiência materna.

O RE “Satisfação da Cliente: Processo de Parto” mostrou-se sensível para captar nuances da experiência materna, sobretudo em indicadores relacionados à humanização, comunicação e respeito à autonomia. Entre os indicadores mais relevantes destacam-se o respeito às preferências individuais, a qualidade da comunicação, apoio emocional, higiene do ambiente, intervenções intraparto e métodos para alívio da dor, considerados essenciais para identificar pontos críticos da assistência, evidenciando diferenças significativas segundo renda e raça.

O instrumento também se mostrou eficaz para monitorar a evolução da satisfação ao longo do tempo, revelando queda nos aspectos relacionais nas semanas pós-parto, mesmo com indicadores técnicos elevados. Esse achado reforça sua capacidade de diferenciar dimensões técnicas e interpessoais, permitindo avaliação mais completa.

A NOC tem se consolidado como um instrumento essencial para a avaliação sistemática dos resultados sensíveis ao cuidado de enfermagem, permitindo não apenas mensurar mudanças no estado de saúde dos pacientes, mas também direcionar intervenções baseadas em evidências. Sua aplicabilidade clínica é evidenciada em diferentes cenários assistenciais, reforçando a importância de validar resultados e indicadores para contextos específicos (Moorhead *et al.*, 2024).

Um estudo de validação conceitual, realizado em 2019, destaca a relevância da NOC no estabelecimento da amamentação, com a validação de conteúdo e clinicamente os resultados “Breastfeeding establishment: Infant (1000)” e “Breastfeeding establishment: Maternal (1001)”. O estudo demonstrou que as definições conceituais e operacionais robustas aumentam a confiabilidade e a uniformidade das avaliações entre diferentes enfermeiros. Essa padronização potencializa a comunicação da equipe, promove decisões clínicas mais seguras e qualifica o acompanhamento da díade mãe-bebê, sobretudo em ambientes como unidades neonatais (Emídio *et al.*, 2020). Os achados reforçam que a NOC, quando contextualizada, contribui diretamente para a avaliação da eficácia das intervenções de enfermagem e para a melhoria dos resultados em saúde.

Resultados semelhantes são observados em pesquisas recentes. Um estudo longitudinal realizado em 2021, conduzido no cuidado de crianças em terapia intravenosa por cateter venoso central, validou indicadores clínicos da NOC. A utilização sistemática dos resultados permitiu monitorar complicações e direcionar condutas de enfermagem com maior precisão, evidenciando o potencial da NOC para cenários pediátricos de alta complexidade (Flores, 2021). Além disso, uma investigação prospectiva publicada em

2025 explorou a integração entre NANDA-I, NIC e NOC no pós-operatório de transplante hepático, mostrando que a classificação auxilia na vigilância clínica, no ajuste oportuno das intervenções e na documentação de resultados alcançados ao longo do processo assistencial (Shen *et al.*, 2025).

Além disso, a NOC contribui para o alinhamento da prática clínica com a pesquisa e a gestão em saúde, permitindo gerar dados comparáveis, monitorar indicadores institucionais e embasar políticas de qualidade assistencial. A literatura recente demonstra que sua utilização favorece a implementação de planos de cuidados mais resolutivos, melhora a comunicação interdisciplinar e fortalece a visibilidade do impacto do cuidado de enfermagem nos resultados de saúde (Shen *et al.*, 2025; Emídio *et al.*, 2020; Moorhead *et al.*, 2024).

Diante desse conjunto de evidências, fica claro que a NOC constitui um recurso aplicável, sensível e clinicamente relevante, capaz de viabilizar um cuidado mais seguro, mensurável e fundamentado em evidências. Na prática clínica, quando associada ao Processo de Enfermagem, a NOC possibilita monitorar indicadores específicos, planejar intervenções direcionadas e avaliar os efeitos das ações sobre a experiência materna, fortalecendo a tomada de decisões e consolidando o protagonismo do enfermeiro na assistência obstétrica. Sua utilização sistemática contribui para a evolução contínua do conhecimento em enfermagem e para a consolidação de práticas assistenciais centradas no paciente, promovendo equidade, qualidade e humanização do cuidado (Gadelha *et al.*, 2024; Abbud *et al.*, 2021).

Embora desenvolvido em sua totalidade, o presente estudo apresenta limitações, sendo realizado em um único hospital, limitando a generalização dos resultados. Ademais, o uso de medidas autorreferidas pode ter sido influenciado por vieses de memória ou gratidão, especialmente no período imediato ao parto. Além disso, a elevada taxa de cesarianas restringiu análises mais amplas e ocasionou perda de dados específicos, principalmente durante a aplicação da escala Mackey.

Apesar dessas limitações, o estudo contribui para a compreensão da experiência materna, ao evidenciar que fatores socioeconômicos e raciais são determinantes centrais da satisfação no parto. A incorporação desses elementos na avaliação da qualidade assistencial pode favorecer estratégias mais equitativas e centradas na mulher.

Implicações práticas:

- Fortalecimento de políticas públicas para reduzir desigualdades raciais e sociais no parto;
- Consolidação de práticas baseadas em evidências, com redução de cesarianas desnecessárias;
- Ampliação da atuação do enfermeiro obstetra como protagonista;
- Incentivo à elaboração e cumprimento do plano de parto;
- Implementação de programas contínuos de capacitação em comunicação empática;
- Monitoramento da satisfação materna como indicador de qualidade e equidade.

Adicionalmente, destaca-se a relevância do uso da NOC como ferramenta avaliativa. A aplicação do resultado “Satisfação da Cliente: Processo de Parto” demonstrou potencial para captar dimensões objetivas e subjetivas da experiência materna, permitindo monitoramento longitudinal. Esse recurso pode subsidiar a prática clínica e a gestão em saúde, ao oferecer indicadores padronizados que favorecem comparações, planejamento e avaliação da efetividade das políticas públicas. Além disso, amplia a visibilidade do processo de enfermagem no contexto obstétrico e fortalece a tomada de decisão baseada em evidências.

7. Conclusão:

Os resultados deste estudo demonstram que o Resultado de Enfermagem “Satisfação da cliente: processo de parto” apresenta aplicabilidade clínica no contexto do alojamento conjunto, permitindo mensurar de forma sistemática a experiência materna durante o trabalho de parto e o nascimento. A aplicação deste RE em conjunto com a Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale, possibilitou avaliar a satisfação das puérperas em diferentes dimensões do cuidado, evidenciando alta satisfação global, mas também identificando fragilidades importantes em aspectos como respeito à autonomia, humanização do cuidado e equidade socioeconômica e racial.

A análise longitudinal da satisfação nos três tempos revelou uma leve queda nos níveis de satisfação ao longo do puerpério, indicando a importância da continuidade do cuidado para manutenção de experiências positivas. Além disso, a investigação das associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas demonstrou que fatores como renda, raça e tipo de parto influenciam significativamente a percepção de respeito e protagonismo, confirmando desigualdades estruturais que impactam diretamente na experiência do parto.

Do ponto de vista da aplicabilidade clínica, os resultados confirmam a consistência da escala de indicadores do Resultado de Enfermagem, evidenciando sua capacidade de capturar dimensões subjetivas da satisfação materna e orientar intervenções direcionadas à humanização do cuidado, ao fortalecimento da autonomia da mulher e à promoção da equidade. A utilização sistemática desse indicador oferece subsídios tanto para a prática assistencial quanto para a formulação de políticas públicas que buscam reduzir desigualdades e melhorar a qualidade da atenção obstétrica.

Dessa forma, esta pesquisa evidencia que a satisfação materna é um fenômeno multifatorial, influenciado não apenas pela competência técnica, mas também pelo respeito aos direitos, qualidade relacional e continuidade do cuidado. O estudo contribui para o avanço do conhecimento na área, demonstrando a relevância do Resultado de Enfermagem avaliado como ferramenta clínica e de gestão, capaz de mensurar dimensões subjetivas da experiência materna, subsidiar melhorias estruturais e a construção de experiências de parto mais seguras, humanizadas e centradas na mulher.

Estudos futuros devem ampliar o período de acompanhamento para além dos 45 dias pós-parto e adotar metodologias qualitativas que captem as nuances subjetivas da experiência materna, contribuindo para o aprimoramento das práticas assistenciais e para a formulação de políticas públicas mais efetivas. Assim, esta pesquisa contribui para o avanço do conhecimento na área, oferecendo evidências que podem subsidiar mudanças estruturais voltadas à construção de experiências de parto mais seguras, equitativas e humanizadas.

8. REFERÊNCIAS

- ABALOS, E. et al. **Progression of the first stage of spontaneous labour**. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, [S.L.], v. 67, p. 19-32, ago. 2020. Elsevier BV. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/673378012/Progression-of-first-stage-laour>. Acesso em: 22 abr. 2024.
- ABBUD, F. et al. **Desenvolvimento e validação de conteúdo do resultado de enfermagem “satisfação da cliente: processo de parto**. Online Brazilian Journal Of Nursing, [S.L.], v. 20, p. 20-20216455, 25 maio 2021. Disponível em: <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6455/pdf-pt>. Acesso em: 01 abr. 2024.
- ABUBAKAR, K. K. et al. **Assessment of Client Satisfaction on Post Cesarean Section and Associated Factors Among Delivered Mothers**, 2021. Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, [S.L.], v. 60, p. 004695802311743, jan. 2023. SAGE Publications. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37226839/>. Acesso em: 25 maio 2024.
- AFEWORK, B. et al. **Frequency of digital vaginal examination and associated factors among mothers admitted to labor and delivery wards in public health facilities of Arba Minch town, southern Ethiopia**. International Journal Of Gynecology & Obstetrics, [S.L.], v. 164, n. 3, p. 1028-1035, 13 nov. 2023. Wiley. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37953720/>. Acesso em: 26 maio 2024.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Dados e indicadores do setor: Programa de Qualificação de Operadoras – Ano-base 2021**. Rio de Janeiro: ANS, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ans>. Acesso em: 26 out. 2025.
- ALMEIDA, R. A. A. S. et al. **Dimensions of nursing-midwifery care during the COVID-19 pandemic in light of Jean Watson**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2023. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/205339>. Acesso em: 23 jun 2025.
- ALRUWAILI, T.A. et al. **Pregnant persons and birth partners' experiences of shared decision-making during pregnancy and childbirth: an umbrella review**. Patient Education And Counseling, [S.L.], v. 114, p. 107832-9, set. 2023. Elsevier BV. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37295043/>. Acesso em: 25 maio 2024.
- ANTOINE, C. et al. **Cesarean section one hundred years 1920–2020: the good, the bad and the ugly**. Journal Of Perinatal Medicine, [S.L.], v. 49, n. 1, p. 5-16, 4 set. 2020. Walter de Gruyter GmbH. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32887190/>. Acesso em: 25 maio 2024.
- ARREBOLA, R. N. et al. **Women’s satisfaction with childbirth and postpartum care and associated variables**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, [S.L.], v. 55, p. 1-7, 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/188158>. Acesso em: 25 maio 2024.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BERNARDO, D. et al. **Satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem em cuidados de saúde primários**. Millenium - Journal Of Education, [S.L.], p. 43-52, 30 nov.

2021. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/21913/18909>. Acesso em: 30 mar. 2024.

BETRAN, A. P. et al. **Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates**. BMJ Global Health, 2021;6:e005671. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/6/6/e005671.full.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: versão resumida**. Brasília (DF), 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 26 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília-DF, 2004. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 20 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 set. 2024. Seção 1

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Brasília-DF, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**. Brasília-DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf. Acesso em: 20 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta crescimento no número de partos normais realizados no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.saude.gov.br>. Acesso em: 26 out. 2025.

BRITO, L.C. S.et al. **Satisfação dos usuários com os cuidados de enfermagem no ambiente hospitalar**. Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online), [S.L.], v. 13, n. 0, p. 1068-1074, 2021. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9973/10034>. Acesso em: 30 mar. 2024.

BRITO, L. M. E.et al. **A importância do pré-natal na saúde básica: uma revisão bibliográfica**. Research, Society and Development, [S.L.], v. 10, n. 15, p. 1-8, 17 nov. 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22471/20019>. Acesso em: 22 abr. 2024.

CAMPOS, I. B. et al. **Satisfacción de las mujeres con la atención al parto y puerperio: estudio longitudinal con la escala COMFORTS en versión española**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 55, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/188158>. Acesso em: 22 abr. 2025.

CAMPOS, J. C.; SILVA, J. C. da; RODRIGUES, D. P. **Tradução e adaptação do instrumento “Childbirth Experience Questionnaire” para a população brasileira**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 74, n. 3, p. e20201045, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/3r6n9y7h7H5v5J6fGf7Zy7/?lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2025.

CARQUILLAT, P. et al. **Development of a questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE)**. BMC Pregnancy and Childbirth, v. 17, p. 229, 2017. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1462-x>. Acesso em: 22 abr. 2025.

CHEN, L.L. et al. **Birth environment interventions and outcomes: a scoping review**. Birth, [S.L.], v. 50, n. 4, p. 735-748, 31 ago. 2023. Wiley. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37650526/>. Acesso em: 25 maio 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 736, de 17 de janeiro de 2024. **Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem**. Diário Oficial da União, Brasília, 23 jan. 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/cofen-atualiza-resolucao-sobre-implementacao-do-processo-de-enfermagem/>. Acesso em: 20 jul. 2025.

COSTA, A. K. O. da S. et al. **Atuação do enfermeiro no parto humanizado**. Revista JRG de Estudos Acadêmicos, Brasil, São Paulo, v. 7, n. 15, p. e151288, 2024. DOI: 10.55892/jrg.v7i15.1288. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/1288>. Acesso em: 20 jul. 2025.

COSTA, D.D. O. et al. **Psychometric properties of the hospital birth satisfaction scale: Birth in Brazil survey**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 8, e00154918, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/6tQcyzhSKFg9zctcX7PtWSP/>. Acesso em: 20 jul. 2025.

COSTA, D.D.O. et al. **Influence of mode of delivery on satisfaction with hospitalization for childbirth in the study Birth in Brazil**. Cadernos de Saúde Pública, [S.L.], v. 39, n. 3, p. 1-14, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7KkJB3sB5QDXxqLmsbGbVDG/>. Acesso em: 25 maio 2024.

COSTA J. J.F. et al. **Um estudo sobre o uso da escala de Likert na coleta de dados qualitativos e sua correlação com as ferramentas estatísticas**. Contribuciones a las Ciencias Sociales, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 360-376, 2 jan. 2024. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.55905/revconv.17n.1-021>. Acesso em: 19 jun. 2024.

COSTA, L. D. A.; MENDES, L. C.; TEIXEIRA, L. A. **Processo de validação clínica de instrumentos em enfermagem: revisão integrativa**. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 29, e87555, 2024. <https://doi.org/10.5380/ce.v29i0.87555>

DAHAN, O. **Not just mechanical birthing bodies: birthing consciousness and birth reflexes**. Frontiers in Psychology, [S.L.], v. 14, e10386783, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10386783/>. Acesso em: 22 jul. 2025.

DEMIREL, G. et al. **The relationship between women's perception of support and control during childbirth on fear of birth and mother's satisfaction**. Journal Of Obstetrics And Gynaecology, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 83-90, 2 maio 2021. Informa UK Limited. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33938354/>. Acesso em: 25 maio 2024.

DIAS, B. A.S. et al. **Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital**. Cadernos de Saúde Pública, [S.L.],

v. 38, n. 6, p. 1-13, 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/csp/2022.v38n6/e00073621/pt/>. Acesso em: 18 abr. 2023.

DRIUSSO, P. et al. Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the Brazilian Portuguese version of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-BR).

BMC Pregnancy and Childbirth, v. 20, 2020. DOI:10.1186/s12884-020-03163-9. Disponível em: repositório online. Acesso em: 25 jul. 2025.

DURAN-GOMEZ, N. A. et al. Aplicación de la NOC en el control de enfermedades crónicas en atención primaria: una revisión sistemática.

Enfermería Clínica, Barcelona, v. 31, n. 3, p. 151–158, 2021 Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.10.012>. Acesso em: 25 jul. 2025.

EMÍDIO, S. C. D. et al (2020). Definição conceitual e operacional dos resultados de enfermagem relacionados ao estabelecimento da amamentação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3327. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/N5c4vWCVfpJ8hBR735DVZmd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2025.

FERREIRA, C.V.L. et al. Evolução Temporal da Via de Parto e os Fatores Maternos Associados no Brasil (2011-2021).

Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar, [S.L.], v. 27, n. 9, p. 5124-5141, 22 set. 2023. Disponível em:

<https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/10454/5106>. Acesso em: 18 abr. 2024.

FLORES, F.S. Resultados da Nursing Outcomes Classification/NOC para crianças em terapia intravenosa por cateter venoso central.

2021. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/235980>. Acesso em: 30 ago. 2025.

GADELHA, G. G. R. S. et al. Impacto do processo de enfermagem (PE) na saúde do paciente.

Revista Foco, v. 17, n. 11, p. 01-17, e6590, nov. 2024. DOI: 10.54751/revistafoco.v17n11-100. Disponível em:

<https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/6590>. Acesso em: 26 jul. 2025.

GARRETT, A.R. et al. A influência do plano de parto na satisfação da mulher com o seu trabalho de parto e parto: uma scoping review.

Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 71-84, 31 dez. 2021. Disponível em:

<https://rapeo.apeo.pt/index.php/rapeo/article/view/15/17>. Acesso em: 30 mar. 2024.

GHAHREMANI, T. et al. Birth plans: definitions, content, effects, and best practices.

American Journal Of Obstetrics And Gynecology, [S.L.], v. 228, n. 5, p. 977-982, maio 2023. Elsevier BV. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37164502/>. Acesso em: 25 maio 2024.

GHISLETTA, P. et al. An introduction to generalized estimating equations and an application to assess selectivity effects in a longitudinal study on very old individuals.

Journal Of Educational And Behavioral Statistics, [S.L.], v. 29, n. 4, p. 421-437, dez. 2004. American Educational Research Association. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.3102/10769986029004421>. Acesso em: 25 maio 2024.

GHULMIYYAH, L. et al. Episiotomy: history, present and future – a review. *The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, [S.L.], v. 35, n. 7, p. 1386-1391, 26 abr. 2020.

Informa UK Limited. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32338105/>. Acesso em: 25 maio 2024.

GONÇALVES, R.C.S. et al. **Clinical validation of nursing diagnoses: literature review / validação clínica de diagnósticos de enfermagem.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, [S.L.], v. 13, p. 602-606, 1 maio 2021. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v13.9332>. Acesso em: 26 maio 2024.

GONÇALVES, M. B.; CAVALCANTE, R. B.; FONSECA, A. D. S. **Aplicabilidade e validação de instrumentos clínicos em enfermagem: um olhar metodológico.** Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 29, e61857, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.61857>. Acesso em: 26 maio 2024.

GOULD, A. J. et al. **Association of admission unit and birth satisfaction during induction of labor.** The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, [S.L.], v. 35, n. 25, p. 9578-9584, 8 mar. 2022. Informa UK Limited. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35260026/>. Acesso em: 25 maio 2024.

GUTERRES, A.C. da Costa et al. **Positive childbirth experience: a scoping review.** Journal Of Nursing Practice, [S.L.], v. 8, n. 3, p. 585-600, 28 abr. 2025. STRADA Indonesia Health Sciences Institute. Disponível em: [file:///C:/Users/jorge/Downloads/12.+Ana+Claudia+da+Costa+Guterres+585-600%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/jorge/Downloads/12.+Ana+Claudia+da+Costa+Guterres+585-600%20(1).pdf). Acesso em: 20 jul. 2025.

HILL, Z. et al. **Perceptions of midwives on normal physiological birth: a qualitative systematic review.** Birth, v. 47, n. 3, p. 207–215, 2020. Wiley. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12763>. Acesso em: 20 jul. 2025.

JAMAS, M. T. et al. **Evidências de validade da Escala Bienestar Materno en Situación de Parto.** Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 34, eAPE02843, 2021. DOI: 10.37689/acta-ape/2021AO02843. Disponível em: https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-34-eAPE02843/1982-0194-ape-34-eAPE02843.pdf. Acesso em: 20 jul. 2025.

KLERK, H.W. et al. **Women's experiences with vaginal examinations during labor in the Netherlands.** J Psychosom Obstet Gynaecol. 2018 Jun;39(2):90-95. doi: 10.1080/0167482X.2017.1291623. Epub 2017 Feb 22. PMID: 28635536. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28635536/>. Acesso em: 20 jul. 2025.

KÜÇÜK, E.; YEŞİLÇİÇEK ÇALIK, K. **Evaluation of prevalence of obstetric violence and its associated factors: a systematic review and meta-analysis.** Trauma, Violence & Abuse, [S.L.], 30 jul. 2025. DOI: 10.1177/15248380251357612. Epub ahead of print. PMID: 40737135. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/15248380251357612>. Acesso em: 30 ago. 2025.

LANSKY, S. et al. **Violência obstétrica: influência da exposição dos sentidos do nascer na vivência das gestantes.** Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 24, n. 8, p. 2811-2824, ago. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31389530/>. Acesso em: 25 maio 2024.

LEAL, M.C. et al. **Dados preliminares: Nascer no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022-2023.** Fundação Oswaldo Cruz, 2023. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/11/Dados-preliminares-da-pesquisa-Nascer-no-Brasil-2.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2024.

LEITE, T.H. et al. **Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 27,

n. 2, p. 483-491, fev. 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/vWq9rQQg8B8GhcTb3xZ9Lsj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 mar. 2024.

LOUIS, MS. et al. **Racial disparities in satisfaction with maternal healthcare.** J Natl Med Assoc. 2023 Dec;115(6):589-592. Epub 2023 Oct 14. PMID: 37845146. Disponível em:

<https://doi.org/10.1016/j.jnma.2023.10.001>. Acesso em: 30 ago. 2025.

LIMA, K.S.O.et al. **O papel do enfermeiro no ciclo gravídico-puerperal: percepção de puérperas à luz da teoria de Peplau.** Cogitare Enfermagem, [S.L.], v. 29, p. 1-14, 2024.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cenf/a/zxWxt9LgbhDtsWJ5MD3dkhK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 jul. 2025.

LOPES, B. C. **Análise da aplicabilidade clínica de instrumentos validados em obstetrícia.**

Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 27, e-1437, 2023. Disponível em:

<https://doi.org/10.5935/1415-2762.20230044>. Acesso em: 19 jul. 2025.

LOPES, M. T. **Validação transcultural e propriedades psicométricas da versão brasileira da Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale.** 2023. Tese (Doutorado em Enfermagem)

– Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. Disponível em:

<https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/69134>. Acesso em: 20 jul. 2025.

LOPES, M. T. et al. **Satisfação com o parto em hospital público: avaliação com a Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 29,

e3456, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33543497/>. Acesso em: 20 jul. 2025.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. T. (Ed.). **NANDA International nursing diagnoses: definitions & classification**, 2024-2026. 13th ed. New York: Thieme, 2024.

MACEDO, J.C.et al. **O plano de parto como mecanismo de proteção do direito à autodeterminação da mulher em contexto obstétrico em Portugal.** Revista de Bioética y Derecho, [S.L.], p. 223-242, 15 jun. 2023. Disponível em:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872023000200013&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2024.

MÄKELÄ, K.et al. **Satisfaction and dissatisfaction with pain relief and birth experience among induced and spontaneous-onset labours ending in vaginal birth: a prospective cohort study.** European Journal Of Obstetrics & Gynecology And Reproductive Biology: X, [S.L.], v. 18, p. 100185, jun. 2023. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10073637/>. Acesso em: 25 maio 2024.

MEDEIROS, P.C. et al. **O plano de parto como instrumento de humanização da assistência obstétrica.**

Revista de Enfermagem UFPE on line, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 1-8, 2021.

Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/246398>.

Acesso em: 26 abr. 2024.

MEHTA CR, PATEL NR. **A network algorithm for performing Fisher's exact test in rxc contingency tables.** JASA, 1983; 78(382):427-434

MOORHEAD, Sue et al. **NOC: classificação dos resultados de enfermagem.** 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2024.

MUNIZ, A.C. L.et al. **Parto humanizado: importância da assistência de enfermagem.** Brazilian Journal of Development, [S.L.], v. 6, n. 4, p. 19062-19076, abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n4-352>. Acesso em: 20 jul. 2025.

NOGUEIRA, F.L.et al. **Validação de conteúdo da versão brasileira da Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 75, n. 6, p. e20210299, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/7MLyS8tWzdKYxbXnm36Ldkv/>. Acesso em: 20 jul. 2025.

ODENT, M. **Neocortical inhibition during labor and stress deprivation.** Journal of Obstetrics and Gynecology, [S.l.], 2001. Disponível em: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/933451>. Acesso em: 22 jul. 2025.

ODENT, M. **New reasons and new ways to study birth physiology.** International Journal of Gynecology & Obstetrics, [S.l.], v. 75, supl. 1, p. S39-S45, 2001. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/11613460_New_reasons_and_new_ways_to_study_birth_physiology. Acesso em: 22 jul. 2025.

OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice.** 6. ed. St. Louis: Mosby, 2001.

PAGANO, M., GAUVREAU, K., & MATTIE, H. (2022). **Principles of Biostatistics** (3rd ed.). Chapman and Hall/CRC. <https://doi.org/10.1201/9780429340512>.

PAGNUCCI, N. et al. **Conceptualising nursing theory and practice within a local cultural and professional context: a methodological example to inform theory development.** Journal of Research in Nursing, 2024. DOI: 10.1177/17449871241268493. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/17449871241268493>. Acesso em: 22 jul. 2025.

QUIROZ, N.M.F.et al . **Satisfacción de madres neonatales frente a los cuidados de enfermería en hospital de los Andes peruanos.** Vive Rev. Salud, La Paz , v. 7, n. 19, p. 164-173, abr. 2024 . Disponível em: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2664-32432024000100164&lng=es&nrm=iso. Acesso em 30 ago. 2025.

REIS, T.P.et al. **Análise estatística multivariada: uma introdução à análise fatorial.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 1-14, 2023. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/estatistica/analise-fatorial>. Acesso em: 25 maio 2024.

REZENDE FILHO, Jorge. **Obstetrícia fundamental.** 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024.

RIBEIRO, M.F. P. et al. **Satisfação de mulheres com o trabalho de parto e parto: uma revisão integrativa.** Revista de Enfermagem UFPE on line, Recife, v. 13, n. 1, p. 260-266, jan. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238498>. Acesso em: 26 abr. 2024.

RIVAS, M. L. et al. **The physiology and pharmacology of oxytocin in labor and in the peripartum period.** Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, [S.l.], v. 90, p. 103-115, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38462255/>. Acesso em: 22 jul. 2025.

SHEN, M. Y. et al. **Aplicação e avaliação das ligações NNN no cuidado pós-operatório de transplante hepático: um estudo prospectivo.** *BMC Nursing*, v. 24, p. 195, 2025. DOI: 10.1186/s12912-025-02816-4. Disponível em:

<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-025-02816-4>. Acesso em: 30 ago. 2025.

SOUZA, M.F.de et al. **A importância do plano de parto para as mulheres grávidas: uma revisão integrativa.** *Brazilian Journal of Development*, [S.L.], v. 7, n. 9, p. 92755-92764, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/36297>. Acesso em: 20 jul. 2025.

SOUZA, R.F.et al. **Protocolo assistencial de parto normal: percepção da mulher.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.L.], v. 74, n. Suppl 6, p. 1-7, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/7zLmDG7W4zkPJ5tnHNDYFqs/>. Acesso em: 25 maio 2024.

TESKERECI G, Y.H, Akpınar A. **Experiences of women regarding vaginal examination during labor: A qualitative study.** *Health Care Women Int.* 2020 Jan;41(1):75-88. doi: 10.1080/07399332.2019.1590361. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31204890/>. Acesso em: 20 Ago. 2025

TRIGUEIRO, T.H.et al. **O uso do plano de parto por gestantes no pré-natal: uma revisão de escopo.** *Reme – Revista Mineira de Enfermagem*, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 1-9, nov. 2021. Disponível em: <https://www.revenf.bvs.br/pdf/remef/v25/1415-2762-remef-25-e-1391.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2025.

TÜMKAYA, M. N.; EROĞLU, K.; KARAÇAM, Z. **The effect of Orem's Self-Care Deficit Theory-based care during pregnancy and postpartum period on health outcomes: a systematic review and meta-analysis.** *International Journal of Nursing Practice*, 2024. DOI: 10.1111/ijn.13300. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ijn.13300> . Acesso em: 30 ago. 2025.

UDVARI, O., S. I. **Socio-demographic factors, informal payments and satisfaction with childbirth in the Hungarian context.** *BMC Pregnancy Childbirth* 25, 409 (2025). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07521-3>. Acesso em: 30 ago. 2025.

VEDELER. C. et al. **Women's negative childbirth experiences and socioeconomic factors: Results from the Babies Born Better survey.** *Sex Reprod Healthc.* 2023 Jun;36:100850. doi: 10.1016/j.srhc.2023.100850. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100850> . Acesso em: 30 ago. 2025.

VIDAL, Á.T.et al. **Barreiras à implementação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: uma análise prototípica das representações sociais de atores estratégicos.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 31, n. 1, p. 1-23, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/4hSphsD5PGpyqDFnCbJTSNp/>. Acesso em: 19 jul. 2025.

WAGNER, C. M. et al. **Nursing Interventions Classification (NIC), 8. ed.** Elsevier Health Sciences, 2023. 592 p. ISBN 978 0323882514

WATSON, Jean. **Nursing: the philosophy and science of caring.** Revised edition. Boulder: University Press of Colorado, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Postnatal care for mothers and newborns: Highlights from the World Health Organization 2013 guidelines.** Geneva: WHO, 2014.

Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506649>. Acesso em: 23 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth.** Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>. Acesso em: 23 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.** Geneva: World Health Organization; 2018. ISBN: 978-92-4-155021-5. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215> . Acesso em: 30 ago. 2025.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

 <p>SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA Mais nova para você!</p>	<p align="center">TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</p>
---	---

A Senhora está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa **“Validação clínica do Resultado de Enfermagem “Satisfação do Cliente: Processo de Parto”**. Neste estudo pretendemos investigar a satisfação das mulheres em relação ao processo de parto fornecendo um formulário que coleta informações. Estes dados permitem a avaliação da qualidade da assistência prestada, desde o ambiente hospitalar até um panorama municipal do cuidado obstétrico. O motivo que nos leva a estudar a satisfação da mulher quanto ao parto é evidenciar a qualidade da assistência prestada e entender quais as melhorias possíveis nos cuidados de enfermagem diante do parto.

Para este estudo, adotaremos os seguintes procedimentos: responder a um questionário enquanto estiver em Alojamento Conjunto e entre 7 e 14 dias decorridos da alta hospitalar, responder novamente ao questionário, aplicado através de uma ligação telefônica ou envio de formulário pelo contato fornecido. Ao longo da sua participação, a pesquisadora irá apresentar-lhe situações relacionadas ao processo de parto para que você considere o quanto esteve satisfeita. Ela irá fazer o preenchimento do instrumento que poderá levar cerca de 20 a 30 minutos.

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem na possibilidade de desconforto pelo tempo gasto para responder as perguntas e evocação de memórias relacionadas ao seu processo de parto. Contudo, as pesquisadoras se comprometem em minimizar todos os possíveis riscos. A pesquisa contribuirá para investigar se as mulheres estão ou não satisfeitas com o parto, e assim propor melhorias ou ressaltar as qualidades para atenção obstétrica brasileira, sem oferecer algum benefício imediato individual.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Caso você se sinta prejudicada por ter participado dessa pesquisa, poderá solicitar ressarcimento junto às pesquisadoras. Sua identidade será totalmente preservada.

A Sra será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sra é atendida é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. A Senhora não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, no Centro Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida ao Senhora.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informada dos objetivos do estudo Avaliação da satisfação da mulher quanto ao processo de parto por meio da Classificação dos Resultados de

Enfermagem-NOC, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Assinatura da testemunha

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

*CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA -
 Av. BARÃO DO RIO BRANCO 3353 – PASSOS – JUIZ DE FORA - MG
 JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36021-630
 FONE: (32) 3229-2311 / E-MAIL: COMITEDEETICA@SANTACASAJF.ORG.BR*

*PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: SUELLEN CRISTINA DIAS EMIDIO
 ENDEREÇO: RUA JOSÉ LOURENÇO KELMER - SÃO PEDRO, JUIZ DE FORA - MG, JUIZ DE FORA (MG) -
 CEP: 36036-900
 FONE: (32) 2102-3821 / E-MAIL: SUELLEN.EMIDIO@UFJF.BR*

APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados do Perfil das Participantes

E-mail:

Código da Participante:

Idade:

Telefone:

Estado conjugal:

- ☐ Solteira
- ☐ Vivendo com o parceiro / Casada
- ☐ Divorciada
- ☐ Viúva

Escolaridade:

- ☐ Ensino Fundamental
- ☐ Ensino Médio
- ☐ Ensino Superior
- ☐ Pós-graduação

Raça:

- ☐ Branca
- ☐ Preta
- ☐ Parda
- ☐ Indígena
- ☐ Amarela

Renda Familiar em Salários Mínimos

- ☐ < 1 salário mínimo
- ☐ 1 salário mínimo
- ☐ 2 salário mínimo
- ☐ 3 salário mínimo
- ☐ <3 salário mínimo

Histórico Obstétrico : GX PX AX

Número de Filhos Vivos:

Idade Gestacional na Data do Parto:

Via de Parto de Primeira Escolha:

- ☐ Parto normal
- ☐ Cesariana

Via de Nascimento do Bebê:

- ☐ Parto normal
- ☐ Parto instrumental (fórceps / vácuo extrator)
- ☐ Cesariana

Profissional que Prestou Assistência no Pré-Parto

- ☐ Médico obstetra
- ☐ Enfermeiro obstetra
- ☐ Médico e enfermeiro obstetra
- ☐ Não aplicado devido cirurgia cesárea

Profissional que Prestou Assistência no Expulsivo/Dequitação da Placenta

- ☐ Médico obstetra
- ☐ Enfermeiro obstetra
- ☐ Médico e Enfermeiro obstetra
- ☐ Não aplicado devido cirurgia cesárea

Acesso à Educação Perinatal

- ☐ Grupo de gestantes
- ☐ Orientação profissional
- ☐ Não teve acesso
- ☐ Outro tipo de educação perinatal

Você Fez e Trouxe o Plano de Parto para Maternidade

- ☐ Sim, e foi seguido
- ☐ Sim, mas não foi seguido
- ☐ Não fez o plano de parto
- ☐ Fez mas não trouxe o plano de parto

RN foi para UTI NEO

- ☐ Sim
- ☐ Não

Peso RN

Altura RN

APGAR RN

APÊNDICE C - Instrumento para Resposta das Participantes.

Indicador 1: Informações recebidas sobre os métodos para o alívio da dor.					
1 Insatisfeita	2 Pouco satisfeita	3 Moderadamente satisfeita	4 Muito satisfeita	5 Completamente satisfeita	NA
Indicador 2: Cuidados não farmacológicos para o controle da dor.					
1 Insatisfeita	2 Pouco satisfeita	3 Moderadamente satisfeita	4 Muito satisfeita	5 Completamente satisfeita	NA
Indicador 3: Cuidados farmacológicos para o controle da dor.					
1 Insatisfeita	2 Pouco satisfeita	3 Moderadamente satisfeita	4 Muito satisfeita	5 Completamente satisfeita	NA
Indicador 4: Proteção do direito legal da presença de um acompanhante.					
1 Insatisfeita	2 Pouco satisfeita	3 Moderadamente satisfeita	4 Muito satisfeita	5 Completamente satisfeita	NA
Indicador 5: Preferências pessoais foram consideradas ao longo dos cuidados.					

1 Insatisfeita	2 Pouco satisfeita	3 Moderadamente satisfeita	4 Muito satisfeita	5 Completamente satisfeita	NA
Indicador 6: Auxílio e/ou estímulo para mudanças de posição desejadas durante o processo de parto.					
1 Insatisfeita	2 Pouco satisfeita	3 Moderadamente satisfeita	4 Muito satisfeita	5 Completamente satisfeita	NA
Indicador 7: Continuidade dos cuidados à medida que a mulher é transferida de um ambiente para outro.					
1 Insatisfeita	2 Pouco satisfeita	3 Moderadamente satisfeita	4 Muito satisfeita	5 Completamente satisfeita	NA
Indicador 8: Assistência na escolha e no acesso a alimentos e líquidos para consumo.					
1 Insatisfeita	2 Pouco satisfeita	3 Moderadamente satisfeita	4 Muito satisfeita	5 Completamente satisfeita	NA
Indicador 9: Assistência para manter o conforto.					
1 Insatisfeita	2 Pouco satisfeita	3 Moderadamente satisfeita	4 Muito satisfeita	5 Completamente satisfeita	NA
Indicador 10: Instruções para melhorar a participação da mulher no processo de parto.					

1 Insatisfeita	2 Pouco satisfeita	3 Moderadamente satisfeita	4 Muito satisfeita	5 Completamente satisfeita	NA
Indicador 11: A equipe apresenta informações de forma compreensível.					
1 Insatisfeita	2 Pouco satisfeita	3 Moderadamente satisfeita	4 Muito satisfeita	5 Completamente satisfeita	NA
Indicador 12: Limpeza do ambiente de cuidado.					
1 Insatisfeita	2 Pouco satisfeita	3 Moderadamente satisfeita	4 Muito satisfeita	5 Completamente satisfeita	NA
Indicador 13: Tempo de espera para ter as necessidades atendidas.					
1 Insatisfeita	2 Pouco satisfeita	3 Moderadamente satisfeita	4 Muito satisfeita	5 Completamente satisfeita	NA
Indicador 14: Conhecimento e habilidade demonstrados pela equipe de saúde durante o processo de parto.					
1 Insatisfeita	2 Pouco satisfeita	3 Moderadamente satisfeita	4 Muito satisfeita	5 Completamente satisfeita	NA
Indicador 15: Acesso a suprimentos e equipamentos					

1 Insatisfeita	2 Pouco satisfeita	3 Moderadamente satisfeita	4 Muito satisfeita	5 Completamente satisfeita	NA
Indicador 16: Promoção da privacidade.					
1 Insatisfeita	2 Pouco satisfeita	3 Moderadamente satisfeita	4 Muito satisfeita	5 Completamente satisfeita	NA
Indicador 17: Integração de crenças culturais aos cuidados de enfermagem.					
1 Insatisfeita	2 Pouco satisfeita	3 Moderadamente satisfeita	4 Muito satisfeita	5 Completamente satisfeita	NA
Indicador 18: Uso do nome do cliente ao longo dos cuidados.					
1 Insatisfeita	2 Pouco satisfeita	3 Moderadamente satisfeita	4 Muito satisfeita	5 Completamente satisfeita	NA
Indicador 19: Equipe se comunica com a cliente sem demonstrar julgamentos.					
1 Insatisfeita	2 Pouco satisfeita	3 Moderadamente satisfeita	4 Muito satisfeita	5 Completamente satisfeita	NA
Indicador 20: Cortesia demonstrada pela equipe.					
1 Insatisfeita	2 Pouco satisfeita	3 Moderadamente satisfeita	4 Muito satisfeita	5 Completamente satisfeita	NA
Indicador 21: Consideração demonstrada pela equipe quanto aos sentimentos e opiniões da mulher.					

1 Insatisfeita	2 Pouco satisfeita	3 Moderadamente satisfeita	4 Muito satisfeita	5 Completamente satisfeita	NA
Indicador 22: Segurança quanto à identificação da cliente em pulseira e leito.					
1 Insatisfeita	2 Pouco satisfeita	3 Moderadamente satisfeita	4 Muito satisfeita	5 Completamente satisfeita	NA
Indicador 23: Informações e condutas para prevenção de quedas ao longo do processo de parto.					
1 Insatisfeita	2 Pouco satisfeita	3 Moderadamente satisfeita	4 Muito satisfeita	5 Completamente satisfeita	NA
Indicador 24: Uso apropriado do toque vaginal.					
1 Insatisfeita	2 Pouco satisfeita	3 Moderadamente satisfeita	4 Muito satisfeita	5 Completamente satisfeita	NA
Indicador 25: Intervenções e manobras no processo de parto.					
1 Insatisfeita	2 Pouco satisfeita	3 Moderadamente satisfeita	4 Muito satisfeita	5 Completamente satisfeita	NA

ANEXO A – Definição conceitual, operacional e de magnitude do Resultado de Enfermagem “Satisfação da Cliente: Processo de Parto”

SATISFAÇÃO DA CLIENTE: PROCESSO DE PARTO	
Definição: extensão da percepção positiva das mulheres quantos aos cuidados prestados pela equipe de saúde durante o processo do parto	
1. Informações recebidas sobre os métodos para o alívio da dor	Magnitude
<p>Definição conceitual: Informações recebidas da equipe de saúde quanto às opções para amenizar a experiência sensitiva e emocional variável de dor, durante o processo de parto, abrangendo métodos não farmacológicos e /ou método farmacológicos.</p> <p>Definição operacional: Relato de que a equipe de saúde orientou quanto a métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o processo de parto [deambulação (caminhar), técnicas de respiração, exercícios com a bola, banho de chuveiro, banho de imersão (na banheira), cavalinho, massagem, posição vertical (não ficar deitada) , ouvir música da sua preferência] e/ou quanto a métodos farmacológicos de alívio da dor [anestesia local (bloqueio de pudendo), raquianestesia, peridural, anestesia combinada (raqui-peridural), óxido nitroso, anestesia geral].</p>	1. Insatisfeita = relata estar insatisfeita com as informações referentes aos métodos para o alívio da dor
	2. Pouco satisfeita = relata estar pouco satisfeita com as informações referentes aos métodos para o alívio da dor.
	3. Moderadamente satisfeita = relata estar moderadamente satisfeita com as informações referentes aos métodos para o alívio da dor.
	4. Muito satisfeita = relata estar muito satisfeita com as informações referentes aos métodos para o alívio da dor
	5. Completamente satisfeita: relata estar completamente satisfeita com as informações referentes aos métodos para o alívio da dor
	NA: não se aplica

2: Cuidados não farmacológicos para o controle da dor	Magnitude
<p>Definição conceitual: Equipe de saúde desempenhou e/ou incentivou cuidados não farmacológicos para aliviar ou amenizar a dor ao longo do processo de parto</p> <p>Definição operacional: Relato da mulher de que recebeu da equipe de saúde medidas não farmacológicas para o alívio da dor durante o processo de parto : 1) incentivo à deambulação (caminhada); 2) auxílio nas técnicas de respiração; 3) orientação para o uso da bola; 4) oferta do banho no chuveiro com água morna; 5) massagem nas regiões de sua escolha (cabeça, ombros, lombar, sacral, pernas, pés, mãos); 6) estímulo para manter-se na posição vertical; 7) uso de música da sua preferência; 8) oferta do banho de imersão; 9) incentivo ao uso do cavalinho</p>	1. Insatisfeita = relata estar insatisfeita com o cuidado não farmacológico para aliviar a dor
	2. Pouco satisfeita = relata estar pouco satisfeita com o cuidado não farmacológico para aliviar a dor
	3. Moderadamente satisfeita = relata estar moderadamente satisfeita com o cuidado não farmacológico para aliviar a dor
	4. Muito satisfeita = relata estar muito satisfeita com o cuidado não farmacológico para aliviar a dor.
	5. Completamente satisfeita = relata estar completamente satisfeita com o cuidado não farmacológico para aliviar a dor
	NA: não se aplica
3. Cuidados farmacológicos para o controle da dor.	Magnitude

<p>Definição conceitual: A equipe de saúde atuou de forma a garantir que a parturiente recebesse os cuidados farmacológicos prescritos para aliviar ou amenizar a dor ao longo do processo de parto. Definição operacional: Relato de que a equipe de saúde atuou de forma a garantir administração / realização / execução dos cuidados farmacológicos: anestesia local (bloqueio do pudendo) raquianestesia; peridural; anestesia combinada (raqui-peridural), óxido nitroso, anestesia geral, dolantina® (cloridrato de petidina) e Buscopan® (butilbrometo escopolamina).</p>	1 Insatisfeita = relata estar insatisfeita com o método farmacológico para aliviar a dor
	2. Pouco satisfeita = relata estar pouco satisfeita com o método farmacológico para aliviar a dor.
	3. Moderadamente satisfeita = relata estar moderadamente satisfeita com o método farmacológico para aliviar a dor.
	4. Muito satisfeita = relata estar muito satisfeita com o método farmacológico para aliviar a dor.
	5. Completamente satisfeita = relata estar completamente satisfeita com o método farmacológico para aliviar a dor.
	NA: não se aplica

4: Proteção do direito legal da presença de um acompanhante.	Magnitude
<p>Definição conceitual: A equipe de saúde permitiu e/ou estimulou a presença do acompanhante de escolha da mulher.</p> <p>Definição operacional: Relato de que o acompanhante de escolha, tendo sido de desejo da mulher e do seu acompanhante, permaneceu com a mulher durante todo o processo de parto</p>	1 Insatisfeita = relata estar insatisfeita com a presença do acompanhante de escolha e o(s) momento(s) em que foi permitida.
	2 Pouco satisfeita = relata estar pouco satisfeita com a presença do acompanhante de escolha e o(s) momento(s) em que foi permitida.

(admissão, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato - até 2 horas depois do parto)	3 Moderadamente satisfeita = relata estar moderadamente satisfeita com a presença do acompanhante de escolha e o(s) momento(s) em que foi permitida.
	4 Muito satisfeita = relata estar muito satisfeita com a presença do acompanhante de escolha e o(s) momento(s) em que foi permitida.
	5 Completamente satisfeita = relata estar completamente satisfeita com a presença do acompanhante de escolha e o(s) momento(s) em que foi permitida.
	NA: não se aplica: a mulher não quis, não pôde ter por questões pessoais (por exemplo, familiares trabalhando)
5: Preferências pessoais foram consideradas ao longo dos cuidados.	Magnitude
Definição conceitual: A equipe de saúde considerou as escolhas da mulher durante o processo de parto. Definição operacional: Relato de que a mulher escreveu (plano de parto) ou falou para algum membro da equipe sobre suas escolhas em relação ao processo do parto e as percebeu sendo consideradas. Sentiu-se envolvida nas tomadas de decisões e foi motivada a participar das decisões.	1 Insatisfeita = relata estar insatisfeita sobre como a equipe de saúde considerou as suas escolhas durante o processo de parto.
	2. Pouco satisfeita = relata estar pouco satisfeita sobre como a equipe de saúde considerou as suas escolhas durante o processo de parto.

	3. Moderadamente satisfeita = relata estar moderadamente satisfeita sobre como a equipe de saúde considerou as suas escolhas durante o processo de parto.
	4. Muito satisfeita = relata estar muito satisfeita sobre como a equipe de saúde considerou as suas escolhas durante o processo de parto
	5. Completamente satisfeita = relata estar completamente satisfeita sobre como a equipe de

	saúde considerou as suas escolhas durante o processo de parto
	NA: não se aplica
6: Auxílio e/ou estímulo para mudanças de posição desejadas durante o processo de parto	Magnitude
<p>Definição conceitual: Equipe de saúde auxiliou e/ou estimulou as mudanças de posição desejadas pela mulher durante o processo do parto, seja no leito ou no ambiente de cuidado.</p> <p>Definição operacional: Relato de que a equipe auxiliou e/ou incentivou as mudanças de posição desejadas pela mulher durante o processo de parto: ficar em pé, deambular (caminhar),</p>	1. Insatisfeita = relata estar insatisfeita sobre como a equipe de saúde auxiliou e/ou estimulou as mudanças de posição desejadas pela mulher durante o processo do parto, seja no leito ou no ambiente

sentar-se, ficar na posição de quatro apoios, deitar-se de lado, ficar de cócoras.	2. Pouco satisfeita = relata pouco satisfeita sobre como a equipe de saúde auxiliou e/ou estimulou as mudanças de posição desejadas pela mulher durante o processo do parto, seja no leito ou no ambiente.
	3. Moderadamente satisfeita = relata estar moderadamente satisfeita sobre como a equipe de saúde auxiliou e/ou estimulou as mudanças de posição desejadas pela mulher durante o processo do parto, seja no leito ou no ambiente.
	4. Muito satisfeita = relata estar muito satisfeita sobre como a equipe de saúde auxiliou e/ou estimulou as mudanças de posição desejadas pela mulher durante o processo do parto, seja no leito ou no ambiente.
	5. Completamente satisfeita = relata estar completamente satisfeita sobre como a equipe de saúde auxiliou e/ou estimulou as mudanças de posição desejadas pela mulher durante o processo do parto, seja no leito ou no ambiente.
	NA: não se aplica
7: Continuidade dos cuidados à medida que a mulher é transferida de um ambiente para outro.	Magnitude

Definição conceitual: A equipe de saúde deu seguimento aos cuidados oferecidos à medida que a cliente mudou de ambiente.	1. Insatisfeita = relata estar insatisfeita com a continuidade do cuidado ao longo das mudanças de ambiente.
Definição operacional: Relato de percepção de continuidade do cuidado ao longo das mudanças de ambiente: admissão (internação), pré-parto, sala de parto, sala de observação, recuperação pós-parto	2. Pouco satisfeita = relata estar pouco satisfeita com a continuidade do cuidado ao longo das mudanças de ambiente.
	3. Moderadamente satisfeita = Relata estar moderadamente satisfeita com a continuidade do cuidado ao longo das mudanças de ambiente.
	4. Muito satisfeita = Relata estar muito satisfeita com a continuidade do cuidado ao longo das mudanças de ambiente.
	5. Completamente satisfeita = Relata estar completamente satisfeita com a continuidade do cuidado ao longo das mudanças de ambiente
	NA: não se aplica
8: Assistência na escolha e no acesso a alimentos e líquidos para consumo.	Magnitude
Definição conceitual: Equipe de saúde ajudou a escolher e/ou obter alimentos e líquidos adequados para o consumo durante o processo de parto. Definição operacional: Relato de que a equipe de saúde ofereceu possibilidades	1. Insatisfeita = relata estar insatisfeita com o auxílio da equipe de saúde para escolher e/ou obter alimentos e líquidos adequados ao processo de trabalho de parto.

de alimentos leves (alimentos de fácil digestão como sopa, frutas, picolé, gelatina e mel) e líquidos (água, sucos).	2. Pouco satisfeita = relata estar pouco satisfeita com o auxílio da equipe de saúde para escolher e/ou obter alimentos e líquidos adequados ao processo de trabalho de parto
	3. Moderadamente satisfeita = relata estar moderadamente satisfeita com o auxílio da equipe de saúde para escolher e/ou obter alimentos e líquidos adequados ao processo de trabalho de parto.
	4. Muito satisfeita = relata estar muito satisfeita com o auxílio da equipe de saúde para escolher e/ou obter alimentos e líquidos adequados ao processo de trabalho de parto.
	5. Completamente satisfeita = Relata estar completamente satisfeita com o auxílio da equipe de saúde para escolher e/ou obter alimentos e líquidos adequados ao processo de trabalho de parto.
	NA: não se aplica
9: Assistência para manter o conforto	Magnitude

Definição conceitual: Cuidados para auxiliar a garantir o bem-estar e comodidade, propiciando um ambiente confortável e agradável para a mulher.	1. Insatisfeita = relata estar insatisfeita com o conforto proporcionado pela equipe de saúde.
---	---

Definição operacional: Relato de que a equipe de saúde proporcionou conforto para a mulher: local confortável e agradável para estar, descansar ou dormir (temperatura agradável, pouco barulho e pouca luminosidade).	2. Pouco satisfeita = relata estar pouco satisfeita com o conforto proporcionado pela equipe de saúde.
	3. Moderadamente satisfeita = relata estar moderadamente satisfeita com o conforto proporcionado pela equipe de saúde.
	4. Muito satisfeita = relata estar muito satisfeita com o conforto proporcionado pela equipe de saúde.
	5. Completamente satisfeita = relata estar completamente satisfeita com o conforto proporcionado pela equipe de saúde.
	NA: não se aplica
10: Instruções para melhorar a participação da mulher no processo de parto.	Magnitude
Definição conceitual: Equipe de saúde ofereceu informações referentes ao processo de parto que possibilitaram colaboração/ empoderamento da mulher nas decisões quanto aos cuidados recebidos. Definição operacional: Relato de que as informações recebidas pela mulher fizeram com que se sentisse mais confortável e confiante para participar dos	1. Insatisfeita = relata estar insatisfeita com as informações referentes ao processo de parto que possibilitam colaboração da mulher nas decisões quanto aos cuidados recebidos
	2. Pouco satisfeita = relata estar pouco satisfeita com as informações referentes ao processo de parto que possibilitam colaboração da mulher nas decisões quanto aos cuidados recebidos

<p>cuidados recebidos ao longo do processo de parto: estágios do parto (1º. estágio – contrações ritmadas, de 3 em 3 minutos, com duração maior que 45 segundos; 2º. estágio: vontade de empurrar, evacuar; 3º. estágio: saída da placenta; maneiras de aliviar a dor; as intervenções necessárias durante o processo do parto (uso de medicamentos para acelerar o parto, estourar a bolsa, acelerar o nascimento do bebê utilizando fórceps ou vácuo extrator)</p>	<p>3. Moderadamente satisfeita = relata estar moderadamente satisfeita com as informações referentes ao processo de parto que possibilitam colaboração da mulher nas decisões quanto aos cuidados recebidos</p>
	<p>4. Muito satisfeita = relata estar muito satisfeita com as informações referentes ao processo de parto que possibilitam colaboração da mulher nas decisões quanto aos cuidados recebidos</p>
	<p>5. Completamente satisfeita = relata estar completamente satisfeita com as informações referentes ao processo de parto que possibilitam colaboração da mulher nas decisões quanto aos cuidados recebidos</p>

	<p>NA: não se aplica</p>
<p>11: A equipe apresenta informações de forma compreensível.</p>	<p>Magnitude</p>
<p>Definição conceitual: Equipe de saúde ofereceu esclarecimentos durante o processo de parto de forma clara, compreensível.</p> <p>Definição operacional: Relato de que as explicações recebidas durante o processo do parto foram entendidas, o que esclareceu dúvidas relacionadas ao momento que estava vivendo.</p>	<p>1. Insatisfeita = relata estar insatisfeita com as explicações recebidas durante o processo do parto para esclarecimentos de dúvidas.</p>
	<p>2. Pouco satisfeita = relata estar pouco satisfeita com as explicações recebidas durante o processo do parto para esclarecimentos de dúvidas</p>

	3. Moderadamente satisfeita = relata estar moderadamente satisfeita com as explicações recebidas durante o processo do parto para esclarecimentos de dúvidas
	4. Muito satisfeita = relata estar muito satisfeita com as explicações recebidas durante o processo do parto para esclarecimentos de dúvidas
	5. Completamente satisfeita = relata estar completamente satisfeita com as explicações recebidas durante o processo do parto para esclarecimentos de dúvidas
	NA: não se aplica
12: Limpeza do ambiente de cuidado	Magnitude
Definição conceitual: Higiene satisfatória dos locais, mobiliários e utensílios onde permaneceu durante o processo de parto. Definição operacional: Relato de percepção da cliente de que o ambiente, onde permaneceu durante o processo de parto, manteve-se limpo: sala de admissão (internação); sala de pré-parto; sala de parto; banheiros, quarto do pós-parto; cama; roupa de cama e de banho.	1. Insatisfeita = relata estar insatisfeita com a higiene dos locais, mobiliários e utensílios onde permaneceu durante o processo de parto.
	2. Pouco satisfeita = relata estar pouco satisfeita com a higiene dos locais, mobiliários e utensílios onde permaneceu durante o processo de parto.
	3. Moderadamente satisfeita = relata estar moderadamente satisfeita com a higiene dos locais, mobiliários e utensílios onde permaneceu durante o processo de parto.

	4. Muito satisfeita = Relata estar muito satisfeita com a higiene dos locais, mobiliários e utensílios onde permaneceu durante o processo de parto.
	5. Completamente satisfeita = relata estar completamente satisfeita com a higiene dos locais, mobiliários e utensílios onde permaneceu durante o processo de parto

	NA: não se aplica
13: Tempo de espera para ter as necessidades atendidas	Magnitude
<p>Definição conceitual: Percepção subjetiva da cliente quanto ao tempo necessário para que um membro da equipe de saúde respondesse sua solicitação durante qualquer momento do processo de parto.</p> <p>Definição operacional: Relato da percepção subjetiva da mulher quanto ao tempo de espera para o atendimento de suas necessidades pela equipe de saúde. Tal atendimento pode ser considerado imediato, rápido, moderadamente demorado para ocorrer, demorado ou que suas necessidades não foram atendidas.</p>	1. Insatisfeita = relata estar insatisfeita com o tempo de espera para o atendimento de suas necessidades pela equipe de saúde
	2. Pouco satisfeita = relata estar pouco satisfeita com o tempo de espera para o atendimento de suas necessidades pela equipe de saúde
	3. Moderadamente satisfeita = relata estar moderadamente satisfeita com o tempo de espera para o atendimento de suas necessidades pela equipe de saúde.
	4. Muito satisfeita = relata estar muito satisfeita com o tempo de espera para o atendimento de suas necessidades pela equipe de saúde

	5.Completamente satisfeita = relata estar completamente satisfeita com o tempo de espera para o atendimento de suas necessidades pela equipe de saúde.
	NA: não se aplica
14: Conhecimento e habilidade demonstrados pela equipe de saúde durante o processo de parto	Magnitude
<p>Definição conceitual: A equipe de saúde demonstrou ter competência para prestar os cuidados durante o processo de parto.</p> <p>Definição operacional: Relato de que a equipe de saúde comunicou-se com a mulher, oferecendo informações desejadas durante todo o processo de parto, reconheceu o início de complicações, observou a mulher e monitorou o bem-estar do feto (bebê intraútero) e do recém nascido, ofereceu cuidados para o bebê de acordo com a necessidade do mesmo logo após o parto, demonstrou experiência e prática ao realizar os procedimentos durante o processo de parto</p>	1. Insatisfeita = relata estar insatisfeita com a competência da equipe de saúde para prestar os cuidados durante o processo de parto
	2. Pouco satisfeita = relata estar pouco satisfeita com a competência da equipe de saúde para prestar os cuidados durante o processo de parto
	3. Moderadamente satisfeita = relata estar moderadamente satisfeita com a competência da equipe de saúde para prestar os cuidados durante o processo de parto.
	4. Muito satisfeita = relata estar muito satisfeita com a competência da equipe de saúde para prestar os cuidados durante o processo de parto
	5. Completamente satisfeita = relata estar completamente satisfeita com a competência da equipe de saúde para prestar os cuidados durante o processo de parto

	NA: não se aplica
15: Acesso a suprimentos e equipamentos	Magnitude
<p>Definição conceitual: Percepção de que teve acesso a equipamentos tecnológicos, medicamentos e instrumentos necessários durante o processo de parto.</p> <p>Definição operacional: Relato de que, quando necessário, teve acesso a equipamentos, medicamentos e instrumentos necessários durante o processo de parto.</p>	1. Insatisfeita = relata estar insatisfeita com o acesso a equipamentos, medicamentos e instrumentos necessários durante o processo de parto.
	2. Pouco satisfeita = relata estar pouco satisfeita com o acesso a equipamentos, medicamentos e instrumentos necessários durante o processo de parto.
	3. Moderadamente satisfeita = relata estar moderadamente satisfeita com o acesso a equipamentos, medicamentos e instrumentos necessários durante o processo de parto
	4. Muito satisfeita = relata estar muito satisfeita com o acesso a equipamentos, medicamentos e instrumentos necessários durante o processo de parto.
	5. Completamente satisfeita = relata estar completamente satisfeita com o acesso a equipamentos, medicamentos e instrumentos necessários durante o processo de parto.
	NA: não se aplica

16: Promoção da privacidade	Magnitude
<p>Definição conceitual: A equipe de saúde garantiu a privacidade da mulher em todo o processo de parto, não expondo partes do seu corpo desnecessariamente ou sua história clínica. Definição operacional: Relato de percepção de que a privacidade da mulher durante o processo de parto foi promovida: 1. Não teve o corpo ou sua história clínica expostos desnecessariamente durante o processo de parto; 2. Leitos individuais, ou ao menos divisórias entre os leitos (box,</p>	<p>1. Insatisfeita = relata estar insatisfeita com a garantia de privacidade pela equipe de saúde em todo o processo de parto</p>
	<p>2. Pouco satisfeita = relata estar pouco satisfeita com a garantia de privacidade pela equipe de saúde em todo o processo de parto.</p>
	<p>3. Moderadamente satisfeita = relata estar moderadamente satisfeita com a garantia de privacidade pela equipe de saúde em todo o processo de parto</p>
<p>biombos, cortinas); 3. Presença apenas de pessoas necessárias na sala de pré-parto e parto.</p>	<p>4. Muito satisfeita = relata estar muito satisfeita com a garantia de privacidade pela equipe de saúde em todo o processo de parto</p>
	<p>5. Completamente satisfeita = relata estar completamente satisfeita com a garantia de privacidade pela equipe de saúde em todo o processo de parto.</p>
	<p>NA: não se aplica</p>
17: Integração de crenças culturais aos cuidados de enfermagem	Magnitude

<p>Definição conceitual: Equipe de saúde considerou as crenças culturais da cliente e família durante o processo de parto.</p> <p>Definição operacional: Relato de que as crenças culturais foram consideradas, respeitadas e incorporadas ao longo dos cuidados: crença religiosa; uso de amuletos; uso de incenso ou difusor de aroma no ambiente; cantar durante o processo de parto; vocalização de sons.</p>	<p>1. Insatisfeita = relata estar insatisfeita com a consideração de suas crenças culturais e de sua família durante o processo de parto.</p>
	<p>2. Pouco satisfeita = relata estar pouco satisfeita com a consideração de suas crenças culturais e de sua família durante o processo de parto.</p>
	<p>3. Moderadamente satisfeita = relata estar moderadamente satisfeita com a consideração de suas crenças culturais e de sua família durante o processo de parto.</p>
	<p>4. Muito satisfeita = relata estar muito satisfeita com a consideração de suas crenças culturais e de sua família durante o processo de parto</p>
	<p>5. Completamente satisfeita = relata estar completamente satisfeita com a consideração de suas crenças culturais e de sua família durante o processo de parto.</p>
	<p>NA: não se aplica</p>
<p>18: Uso do nome do cliente ao longo dos cuidados</p>	<p>Magnitude</p>
<p>Definição conceitual: Equipe de saúde chamou a mulher pelo nome dela durante o processo de parto, demonstrando reconhecimento à individualidade.</p>	<p>1. Insatisfeita = relata estar insatisfeita com a forma como foi nomeada ao longo dos cuidados</p>

Definição operacional: Relato de que a equipe chamou a mulher pelo nome, considerando sua individualidade, evitando nomes genéricos dados	2. Pouco satisfeita = relata estar pouco satisfeita com a forma como foi nomeada ao longo dos cuidados.
	3. Moderadamente satisfeita = relata estar moderadamente satisfeita com a forma como foi nomeada ao longo dos cuidados
às mulheres como, por exemplo, “mãe” e “mãezinha”	4. Muito satisfeita = relata estar muito satisfeita com a forma como foi nomeada ao longo dos cuidados.
	5. Completamente satisfeita = relata estar completamente satisfeita com a forma como foi nomeada ao longo dos cuidados
	NA: não se aplica
19: Equipe se comunica com a cliente sem demonstrar julgamentos	Magnitude
Definição conceitual: A equipe de saúde comunicou-se com a mulher sem expressar opiniões em que ela se sentisse julgada durante o processo de parto. Definição operacional: Relato de percepção de que a equipe se comunica com ela sem apresentar julgamentos, de forma verbal ou não verbal, que possam constrangê-la de alguma forma	1. Insatisfeita = relata estar insatisfeita com a comunicação da equipe de saúde, quanto aos julgamentos, de forma verbal ou não verbal
	2. Pouco satisfeita = relata estar pouco satisfeita com a comunicação da equipe de saúde quanto aos julgamentos, de forma verbal ou não verbal

	3. Moderadamente satisfeita = relata estar moderadamente satisfeita com a comunicação da equipe de saúde quanto aos julgamentos, de forma verbal ou não verbal
	4. Muito satisfeita = relata estar muito satisfeita com a comunicação da equipe de saúde quanto aos julgamentos, de forma verbal ou não verbal
	5. Completamente satisfeita = relata estar completamente satisfeita com a comunicação da equipe de saúde quanto aos julgamentos, de forma verbal ou não verbal.
	NA: não se aplica
20: Cortesia demonstrada pela equipe	Magnitude
Definição conceitual: Equipe de saúde demonstrou amabilidade e <u>delicadeza</u> durante o atendimento da mulher no processo de parto. Definição operacional: Relato de percepção da mulher de que a equipe foi amável e delicada ao longo das interações, como nas informações oferecidas e na realização dos procedimentos durante o processo de parto.	1. Insatisfeita = relata estar insatisfeita com a amabilidade e delicadeza que a equipe de saúde demonstrou durante o atendimento no processo de parto.
	2. Pouco satisfeita = relata estar pouco satisfeita com a amabilidade e delicadeza que a equipe de saúde demonstrou durante o atendimento no processo de parto.
	3. Moderadamente satisfeita = relata estar moderadamente satisfeita com a amabilidade e

	delicadeza que a equipe de saúde demonstrou durante o atendimento no processo de parto
	4. Muito satisfeita = relata estar muito satisfeita com a amabilidade e delicadeza que a equipe de saúde demonstrou durante o atendimento no processo de parto
	5. Completamente satisfeita = relata estar completamente satisfeita com a amabilidade e delicadeza que a equipe de saúde demonstrou durante o atendimento no processo de parto
	NA: não se aplica
21: Consideração demonstrada pela equipe quanto aos sentimentos e opiniões da mulher.	Magnitude
<p>Definição conceitual: Equipe de saúde respeitou os sentimentos e opiniões da mulher durante o processo de parto.</p> <p>Definição operacional: Relato de que durante o processo de parto teve seus sentimentos e opiniões respeitados pela equipe; expressou seus sentimentos e necessidades livremente (gritou durante as contrações, sem ser interrompida); sentiu que o membro da equipe a escutou; conseguiu conversar com a equipe sobre seus sentimentos e opiniões durante o processo de parto.</p>	1. Insatisfeita = relata estar insatisfeita com o respeito demonstrado pela equipe de saúde aos sentimentos e opiniões da mulher durante o processo de parto.
	2. Pouco satisfeita = relata estar pouco satisfeita com o respeito demonstrado pela equipe de saúde aos sentimentos e opiniões da mulher durante o processo de parto.

	3. Moderadamente satisfeita = relata estar moderadamente satisfeita com o respeito demonstrado pela equipe de saúde aos sentimentos e opiniões da mulher durante o processo de parto
	4. Muito satisfeita = relata estar muito satisfeita com o respeito demonstrado pela equipe de saúde aos sentimentos e opiniões da mulher durante o processo de parto
	5. Completamente satisfeita = relata estar completamente satisfeita com o respeito demonstrado pela equipe de saúde aos sentimentos e opiniões da mulher durante o processo de parto
	NA: não se aplica
22: Segurança quanto à identificação da cliente em pulseira e leito	Magnitude

<p>Definição conceitual: Equipe garantiu a identificação correta nas pulseiras e leito da mulher durante o processo de parto.</p> <p>Definição operacional: Relato de que a equipe colocou o nome correto na pulseira da mulher desde o momento da internação; identificou o leito/cama da mulher durante todo o processo de parto.</p>	1. Insatisfeita = relata estar insatisfeita com a identificação correta em sua pulseira e leito durante o processo de parto pela equipe de saúde
	2. Pouco satisfeita = relata estar pouco satisfeita com a identificação correta em sua pulseira e leito durante o processo de parto pela equipe de saúde.

	3. Moderadamente satisfeita = relata estar moderadamente satisfeita com a identificação correta em sua pulseira e leito durante o processo de parto pela equipe de saúde
	4. Muito satisfeita = relata estar muito satisfeita com a identificação correta em sua pulseira e leito durante o processo de parto pela equipe de saúde
	5. Completamente satisfeita = relata estar completamente satisfeita com a identificação correta em sua pulseira e leito durante o processo de parto pela equipe de saúde.
	NA: não se aplica
23: Informações e condutas para prevenção de quedas ao longo do processo de parto	Magnitude
Definição conceitual: Equipe de saúde informou e promoveu condutas relacionadas à prevenção de quedas durante o processo de parto. Definição operacional: Relato de que a mulher se sentiu segura quanto às informações e condutas estabelecidas para prevenção de quedas: 1. Utilizar calçado com sola antiderrapante; manter luz noturna acesa; 2. Evitar uso de roupas longas; 3. Ao levantar-se da cama, sentar-se na cama com os pés apoiados no chão por 5 minutos antes de sair da cama com ajuda de algum profissional da equipe; 5. Corredores livre de obstáculos.	1. Insatisfeita = relata estar insatisfeita com as informações e medidas relacionadas à prevenção de quedas promovidas pela equipe de saúde durante o processo de parto.
	2. Pouco satisfeita = relata estar pouco satisfeita com as informações e medidas relacionadas à prevenção de quedas promovidas pela equipe de saúde durante o processo de parto

	3. Moderadamente satisfeita = relata estar moderadamente satisfeita com as informações e medidas relacionadas à prevenção de quedas promovidas pela equipe de saúde durante o processo de parto
	4. Muito satisfeita = relata estar muito satisfeita com as informações e medidas relacionadas à prevenção de quedas promovidas pela equipe de saúde durante o processo de parto

	5. Completamente satisfeita = relata estar completamente satisfeita com as informações e medidas relacionadas à prevenção de quedas promovidas pela equipe de saúde durante o processo de parto
	NA: não se aplica
24: Uso apropriado do toque vaginal.	Magnitude
Definição conceitual: Toque vaginal (introdução dos dedos indicador e médio na vagina para avaliação da dilatação e esvaecimento do colo uterino) realizado em intervalos mínimos de 4 horas, ou se houver alguma preocupação com a evolução do processo de parto ou ainda se foi desejo da mulher. Definição operacional: Relato de que o toque vaginal foi realizado com intervalo	1. Insatisfeita = relata estar insatisfeita com a adequação do uso do toque vaginal
	2. Pouco satisfeita = relata estar pouco satisfeita com a adequação do uso do toque vaginal
	3. Moderadamente satisfeita = relata estar moderadamente satisfeita com a adequação do uso do toque vaginal

<p>mínimo de 4 horas; com frequência maior apenas se houve preocupação quanto ao progresso do processo de parto ou solicitação da mulher. Caso o exame seja feito por um estudante e necessitar ser verificado pelo supervisor, a mulher foi consultada e permitiu tal repetição.</p>	<p>4. Muito satisfeita = relata estar muito satisfeita com a adequação do uso do toque vaginal.</p> <p>5. Completamente satisfeita = relata estar completamente satisfeita com a adequação do uso do toque vaginal</p>
	<p>NA: não se aplica</p>
<p>25: Intervenções e manobras no processo de parto</p>	<p>Magnitude</p>
<p>Definição conceitual: A equipe de saúde interferiu, manejou, corrigiu, regulou o processo do parto.</p> <p>Definição operacional: Relato da mulher de que foram realizadas intervenções e manobras, sempre que houve necessidade: 1. uso de ocitocina (soro colocado na veia); 2. puxo dirigido (foi estimulada a fazer força sem ter vontade); 3. manobra de Kristeller (compressão no fundo do útero para empurrar o bebê / empurrou o bebê ainda dentro do útero); 4. episiotomia (corte no períneo / vagina); 5. parto instrumental (vácuo extrator ou fórceps / parto “a ferro”); 6. cesariana</p>	<p>1. Insatisfeita = relata estar insatisfeita com a interferência, manejo, correção e regulação do processo do parto pela equipe de saúde</p>
	<p>2. Pouco satisfeita = relata estar pouco satisfeita com a interferência, manejo, correção e regulação do processo do parto pela equipe de saúde.</p>
	<p>3. Moderadamente satisfeita = relata estar moderadamente satisfeita com a interferência, manejo, correção e regulação do processo do parto pela equipe de saúde</p>

	4. Muito satisfeita = relata estar muito satisfeita com a interferência, manejo, correção e regulação do processo do parto pela equipe de saúde
	5. Completamente satisfeita = relata estar completamente satisfeita com a interferência,

Fonte: ABBUD, Fernanda et al. Desenvolvimento e validação de conteúdo do resultado de enfermagem “satisfação da cliente: processo de parto.

ANEXO B - Escala *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale*

Indicador	1. Muito Insatisfeita	2. Insatisfeita	3. Nem satisfeita ou insatisfeita	4. Satisfeita	5. Completamente satisfeita	6. Não se aplica
Experiência geral durante o trabalho de parto /cesárea						
Experiência durante o expulsivo						
Participação da mulher nas decisões durante o trabalho de parto/cesárea						
Participação da mulher nas decisões durante o expulsivo						
Capacidade de lidar com as contrações durante o trabalho de parto/cesárea						
Conforto e bem estar geral durante trabalho de parto/cesárea						
Conforto e bem estar geral durante o expulsivo						
Controle das emoções durante o parto/cesárea						
Controle das emoções durante o expulsivo						
Controle das suas ações durante o parto/cesárea						
Controle das suas ações durante o expulsivo						
Colaboração do companheiro/a durante o parto/cesárea						
Colaboração do companheiro/a durante o expulsivo						
Condições físicas de saúde do bebê no nascimento						

Indicador	1. Muito Insatisfeita	2. Insatisfeita	3. Nem satisfeita ou insatisfeita	4. Satisfeita	5. Completamente satisfeita	6. Não se aplica
Tempo que demorou para você segurar o bebê pela primeira vez						
Tempo que demorou para você amamentar pela primeira vez						
Cuidados com o seu corpo que recebeu da equipe de enfermagem durante o trabalho de parto/cesárea						
Cuidados com o seu corpo que recebeu da equipe médica durante o trabalho de parto/cesárea						
Conhecimento técnico, habilidade e competência da equipe de enfermagem durante o trabalho de parto/cesárea						
Conhecimento técnico, habilidade e competência da equipe médica durante o trabalho de parto/cesárea						
A quantidade de explicações ou informações que recebeu da equipe de enfermagem durante o trabalho de parto e parto/cesárea.						
A quantidade de explicações ou informações que recebeu da equipe médica durante o trabalho de parto e parto/cesárea.						
Interesse pessoal da equipe de enfermagem e atenção dada durante o trabalho de parto/cesárea						
Interesse pessoal da equipe médica e atenção dada durante o trabalho de parto/cesárea						
Ajuda da equipe de enfermagem e apoio com a respiração e relaxamento que recebeu durante o trabalho de parto/cesárea						
Ajuda da equipe médica e apoio com a respiração e relaxamento que recebeu durante o trabalho de parto/cesárea						

Indicador	1. Muito Insatisfeita	2. Insatisfeita	3. Nem satisfeita ou insatisfeita	4. Satisfeita	5. Completamente satisfeita	6. Não se aplica
Tempo que os enfermeiros dedicaram a você no trabalho de parto/cesárea						
Tempo que os médicos dedicaram a você no trabalho de parto/cesárea						
Atitude dos enfermeiros durante trabalho de parto/cesárea						
Atitude dos médicos durante trabalho de parto/cesárea						
Sensibilidade da equipe de enfermagem às necessidades durante trabalho de parto/cesárea						
Sensibilidade da equipe médica às necessidades durante trabalho de parto/cesárea						
Satisfação geral sobre os cuidados recebidos durante trabalho de parto/cesárea						

O que contribuiu para sua satisfação/insatisfação com a experiência do nascimento do bebê

.....

Usando os itens que você anotou na questão 35 acima, enumere-os em ordem de importância: Coloque 1 na frente do itens que mais contribuiu para sua satisfação/ insatisfação, coloque 2 a partir do próximo item e assim até enumerar todos

.....

.....



Indicador	Nada a ver com o	Muito pouco a ver com o	Um pouco a ver com o	Foi como eu esperava	Não se Aplica
-----------	------------------	-------------------------	----------------------	----------------------	---------------

	que eu esperava	que eu esperava	que eu esperava		
Sua experiência no trabalho de parto/cesárea foi como esperava ?					
Sua experiência no expulsivo foi como esperava ?					

Indicador	Muito negativa	Um pouco negativa	Um pouco positiva	Muito positiva
Você avaliaria o seu trabalho de parto/cesárea como essencialmente uma experiência positiva ou negativa ?				
De forma geral você avaliaria seu parto/cesárea como sendo essencialmente uma experiência positiva ou negativa?				

Fonte: LOPES, M. T. Validação transcultural e propriedades psicométricas da versão brasileira da Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale. 2023.

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

	<p align="center">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA/MG</p>	
---	--	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO CLÍNICA DO RESULTADO DE ENFERMAGEM e SATISFAÇÃO DO CLIENTE: PROCESSO DE PARTO e

Pesquisador: SUELLEN CRISTINA DIAS EMIDIO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 76345423.8.0000.5139

Instituição Proponente: Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora/MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.729.665

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo metodológico, de validação clínica do Resultado de Enfermagem e Satisfação do cliente: processo de parto e da Nursing Outcomes Classification com abordagem quantitativa (Polit et al., 2019) O estudo será realizado no Alojamento Conjunto (AC) da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora-MG. O AC é o local em que a mulher e o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanecem juntos, em tempo integral, até a alta. Este local possibilita a atenção integral à saúde da mulher e do recém-nascido, por parte do serviço de saúde. Quanto ao cálculo de amostra, de acordo com a recomendação da iniciativa COSMIN, deve-se ter uma amostra que represente pelo menos cinco vezes o número de itens a serem avaliados e que seja maior ou igual a 100 participantes. Assim, considerando que o RE em questão contém 25 indicadores, o estudo contará com uma amostra de, pelo menos, 125 puérperas. A coleta ocorrerá em dois momentos: no primeiro contato no Alojamento Conjunto e, posteriormente, por meio telefônico após a alta hospitalar da puérpera. No AC, as pesquisadoras escolherão o momento oportuno, também discutido com a equipe de saúde, para colher os dados sem atrapalhar o cuidado realizado junto à mulher e seu recém nascido. Conforme acordado com a equipe do AC, as pesquisadoras acessarão a lista atualizada de pacientes internados, bem como data de internação. A partir daí será verificado, dentre elas, quais mulheres atendem aos critérios de inclusão, o que será possibilitado pelo acesso aos prontuários e conversa com a equipe de saúde. As mulheres que

Endereço: Av. Barão do Rio Branco 3353 - Final do corredor DH, a esquerda.

Bairro: Passos

CEP: 36.021-630

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)3229-2311

E-mail: comitedeetica@santacasajf.org.br



**SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE JUIZ DE
FORA/MG**



Continuação do Parecer: 6.729.665

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/SCMJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do protocolo de pesquisa proposto.

1. Apresentar relatório parcial da pesquisa, semestralmente, a contar do início da mesma.
2. Apresentar relatório final da pesquisa até 30 dias após o término da mesma.
3. O CEP SCMJF deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Quaisquer documentações encaminhadas ao CEP SCMJF deverão conter junto uma Carta de Encaminhamento, em que conste o objetivo e justificativa do que esteja sendo apresentado.
5. Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP SCMJF deverá ser comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.
6. O TCLE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o sujeito de pesquisa.
7. Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS, faz-se obrigatório a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2289389_E1.pdf	19/02/2024 08:59:20		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_SATISFACAO.pdf	12/01/2024 11:55:47	SUELLEN CRISTINA DIAS EMIDIO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_satisfacao_parto.pdf	10/01/2024 13:41:24	SUELLEN CRISTINA DIAS EMIDIO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	SATISFACAO_PARTO_VERSAO2.pdf	10/01/2024 13:40:57	SUELLEN CRISTINA DIAS EMIDIO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_satifacao.pdf	27/11/2023 23:19:02	SUELLEN CRISTINA DIAS EMIDIO	Aceito

Endereço: Av. Barão do Rio Branco 3353 - Final do corredor DH, a esquerda.

Bairro: Passos

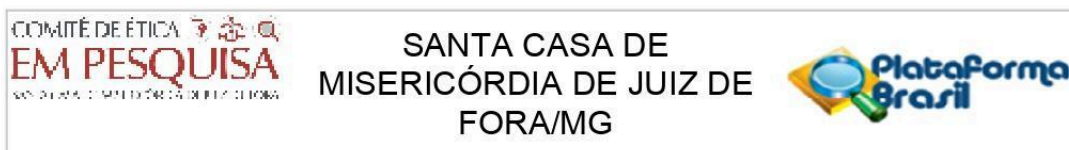
CEP: 36.021-630

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)3229-2311

E-mail: comitedeetica@santacasajf.org.br



Continuação do Parecer: 6.729.665

estudo; Descrever os indicadores do Resultado de Enfermagem e Satisfação do cliente: processo de parto, mais presentes no local estudado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: A coleta de dados por meio de entrevista com as mulheres poderá trazer evocação de memórias e incômodos relacionados ao seu processo de parto. Além disso, por se tratar de um período pós-parto, a puérpera poderá estar cansada. Para diminuição destes riscos, as perguntas serão realizadas de maneira empática e de forma objetiva. Os pesquisadores estarão atentos aos sinais verbais e não verbais de desconforto. Será reforçado à puérpera liberdade em interromper a participação e possibilidade de recusa a responder a qualquer pergunta. Quanto aos momentos de descanso da puérpera, os pesquisadores se comprometem a acordar com a mulher o melhor momento para participar da pesquisa, respeitando o repouso, visitas e cuidados com o bebê. Outro risco poderia estar relacionado ao vazamento de dados sensíveis dos participantes de pesquisa. Para que este risco não ocorra, as participantes terão suas identidades preservadas por meio de códigos numéricos de acordo com a inserção na pesquisa. Os dados coletados serão acessados apenas pelas pesquisadoras.

BENEFÍCIOS: Ao participar dessa pesquisa, a puérpera não receberá benefício imediato. Mas, a participação ajudará a consolidar um instrumento de enfermagem na clínica obstétrica.

Será possível, a partir disso, investigar se as mulheres estão ou não satisfeitas com o parto, e assim propor melhorias ou ressaltar as qualidades para atenção obstétrica brasileira.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta meta palpável e substancial, com boa descrição no TCLE de como é a pesquisa e dos direitos do participante, atendendo os premissas éticas propostas pela Resolução 466/2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados de forma coerente, com todas as questões necessárias a pesquisa, boa descrição e respeitando a resolução vigente.

Recomendações:

Adequar cronograma para a submissão ao CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Opina-se pela aprovação desse protocolo de pesquisa com a pendência de acertar o cronograma para submissão do CEP, demais documentos cumprem as propostas da Resolução 466/2012 e premissas éticas de nossa instituição.

Endereço: Av. Barão do Rio Branco 3353 - Final do corredor DH, a esquerda.

Bairro: Passos

CEP: 36.021-630

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)3229-2311

E-mail: comitedeetica@santacasajf.org.br



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA/MG



Continuação do Parecer: 6.729.665

atenderem aos critérios de inclusão serão convidadas pessoalmente a participar, oportunidade em que as pesquisadoras apresentaram brevemente o estudo e o que significava participar dele. Após o aceite, a mulher lerá e assinará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), mantendo uma via do documento em seu poder. Antes da aplicação do RE, serão colhidos dados de caracterização de cada mulher, o que se dará no próprio quarto. Quando necessário complementar a coleta dos dados sobre a caracterização das mulheres, será feita uma consulta ao prontuário. A aplicação e preenchimento do instrumento serão realizados pelas pesquisadoras neste primeiro contato. Após a alta hospitalar e caso a mulher ainda tenha interesse em participar do estudo, será feita uma ligação telefônica entre 7 e 14 dias após o parto para aplicação do mesmo instrumento. A ligação será gravada caso a mulher aceite. As pesquisadoras lerão cada indicador pedindo para a mulher quantificar por meio da escala Likert suas respostas. Após a finalização do instrumento, a mulher poderá relatar sua experiência com o parto e com a chegada do recém nascido. O instrumento será composto por duas partes (APÊNDICE B). A primeira delas contém a caracterização das participantes: idade; escolaridade; estado civil; renda pessoal em salários mínimos; renda familiar em salários mínimos; história obstétrica e via de nascimento do filho atual (parto normal; parto instrumental e fórceps ou vácuo; ou cirurgia cesariana). Também será solicitados um número de telefone válido para as

ligações telefônicas. A segunda parte será o conteúdo do Resultado de Enfermagem e Satisfação da Cliente: Processo de Parto. Ao longo da aplicação do instrumento, a mulher terá em mãos um cartão plastificado (para propiciar higienização) com a Escala de Likert para se lembrar com facilidade o que significava cada ponto da escala quanto à sua satisfação no processo de parto. As pesquisadoras utilizarão um diário de campo para anotar impressões sobre dificuldades vivenciadas na coleta de dados: compreensão das mulheres sobre determinados itens e o tempo de aplicação. Além disso, ao final da aplicação do instrumento será perguntado às mulheres como foi sua experiência com o parto. No segundo momento do estudo, em que acontecerão as ligações telefônicas.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos foram apresentados com coerência em relação ao material da pesquisa.

Objetivo Primário: Avaliar a satisfação da mulher com o processo de parto utilizando o Resultado de Enfermagem e Satisfação do cliente: processo de parto da Nursing Outcomes Classification.

Objetivo Secundário: Conhecer o perfil sociodemográfico das mulheres atendidas no local de

Endereço: Av. Barão do Rio Branco 3353 - Final do corredor DH, a esquerda.

Bairro: Passos



CEP: 36.021-630

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)3229-2311

E-mail: comitedeetica@santacasajf.org.br

 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA <small>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</small>	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA/MG	
--	--	---

Continuação do Parecer: 6.729.665

Ausência	TCLE_satifacao.pdf	27/11/2023 23:19:02	SUELLEN CRISTINA DIAS EMIDIO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_santacasa.pdf	27/11/2023 23:15:20	SUELLEN CRISTINA DIAS EMIDIO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_AC_CAISM_SANTACASA_2 7_11_2023.docx	27/11/2023 23:15:04	SUELLEN CRISTINA DIAS EMIDIO	Aceito
Outros	Termo_de_confidencialidade_e_sigiloSC MJF.pdf	27/11/2023 23:06:38	SUELLEN CRISTINA DIAS EMIDIO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 27 de Março de 2024

Assinado por:
Marcelia Barezzi Barbosa
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Barão do Rio Branco 3353 - Final do corredor DH, a esquerda.	
Bairro: Passos	CEP: 36.021-630
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)3229-2311	E-mail: comitedeetica@santacasajf.org.br

