UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

PATRÍCIA SANTOS PRUDÊNCIO

**Avaliação da expectativa e satisfação da gestante com o cuidado
pré-natal na Atenção Primária à Saúde**

RIBEIRÃO PRETO

2017

PATRÍCIA SANTOS PRUDÊNCIO

Avaliação da expectativa e satisfação da gestante com o cuidado
pré-natal na Atenção Primária à Saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de
Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem
em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Vital

Orientador: Profa. Dra. Fabiana Villela Mamede

RIBEIRÃO PRETO

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Prudêncio, Patrícia Santos

Avaliação da expectativa e satisfação da gestante com o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde. Ribeirão Preto, 2017.

165 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Fabiana Villela Mamede

1. Cuidado Pré-Natal. 2. Satisfação do Paciente. 3. Avaliação de serviços de saúde.
4. Atenção Primária à Saúde.

PRUDÊNCIO, Patrícia Santos

Avaliação da expectativa e satisfação da gestante com o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em: 20 / 06 / 2017

Comissão Julgadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

A Deus,

por ser o meu Pai tão Presente.

Ao meu marido,

Roger Augusto Rodrigues,

pelo seu amor, cumplicidade e apoio incondicional durante todos esses anos.

Amo você.

Aos meus amados pais,

Eclair Santos Prudêncio e Rubens Evangelista Prudêncio,

por todo amor dispensado a mim, durante toda a minha vida.

Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** por ser um Pai tão Presente. Aquele em quem me refugio, o meu escudo (Salmo 18.2).

À minha orientadora Profa. Dra. **Fabiana Villela Mamede**, registro aqui minha eterna gratidão e carinho. Há oito anos nossos caminhos se cruzaram e desde então vivemos e compartilhamos experiências profissionais e pessoais juntas. Hoje com a conclusão deste trabalho, celebramos mais uma vitória conquistada. Agradeço pela confiança, pelos ensinamentos e por impulsionar meu crescimento profissional e pessoal. Muito obrigada!

À amiga **Shirley Ferreira de Figueiredo**, secretária do setor de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), pela amizade concretizada nesses anos de convívio. Por tantas experiências e momentos compartilhados.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), **Flávia Danielly de Oliveira Sousa**, **Kethleen Caroline Ferraz Sampaio**, por toda atenção, presteza e competência exercida durante esses anos. Agradeço por todo auxílio em todos os momentos em que necessitei.

Às docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), Profa. Dra. **Flávia Azevedo Gomes**, agradeço pela importante acolhida desde o mestrado em todos os momentos que necessitei. Agradeço pelos ensinamentos e por compartilhar comigo a regra do Positivo Negativo Positivo (PNP) para todos os momentos da minha vida; À Profa. Dra. **Juliana Cristina dos Santos Monteiro** pelos ensinamentos, companheirismo, amizade construída durante todos esses anos de convívio; À Profa. Dra. **Juliana Stefanello** agradeço pela importante participação no exame de qualificação, por todo auxílio e ensinamentos durante todos esses anos. Muito obrigada!

Aos estatísticos, **Jonas Bodini Alonso**, estatístico da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) e **Daiane Leite da Roza**, estatística da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP). Agradeço a vocês dois pelo empenho, dedicação e auxílio na análise estatística desse estudo.

Às **gestantes** participantes deste estudo agradeço imensamente pela participação durante a etapa da coleta de dados, a qual tornou possível a realização deste estudo. Agradeço pela disponibilidade em participarem e pelas experiências compartilhadas.

À enfermeira **Suely Alves de Lima**, Coordenadora da Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru pela atenção, receptividade e incentivo para a realização deste trabalho.

À **equipe de profissionais** dos serviços públicos de saúde de atendimento pré-natal do município de Bauru-SP: Unidade Básica de Saúde Vila Falcão; Unidade Básica de Saúde Geisel; Unidade Básica de Saúde Godoy; Unidade Básica de Saúde Vista Alegre; Unidade Básica de Saúde Europa; Unidade Básica de Saúde Centro; Unidade Saúde da Família Vila São Paulo; Unidade Saúde da Família Santa Edwiges pela acolhida com que todos me receberam.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Bauru**, por ter autorizado a realização da pesquisa.

À professora **Maria do Socorro Dias Novaes de Senne**, pela correção do português da tese. Agradeço pelo seu comprometimento com o trabalho realizado.

Ao funcionário da Biblioteca Central **Robson de Paula Araújo**, pelas orientações e correções das referências desse trabalho.

Aos meus sogros, **Omir Sebastião Rodrigues e Mathilde Biasioli Rodrigues**, por todo apoio, incentivo e presença durante todos esses anos.

As amigas **Lillian Siqueira, Marceila de Andrade e Mariana Verderoce**, agradeço a vocês pela amizade conquistada durante esses anos e por tantos momentos vividos e compartilhados que marcaram essa jornada. As amigas que permaneceram ao meu lado desde o início do doutorado **Aline Fregni, Aline Inocenti, Lisiane Camargo, Marília Valim, Nayara Baraldi**. Obrigada a todas vocês!

Aos **amigos da Comunidade de Araraquara**, pelo apoio e incentivo em todos os momentos percorridos durante esses anos.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP)**, pela oportunidade de realizar essa pesquisa.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pelo suporte financeiro (bolsa) para o desenvolvimento dessa pesquisa.

A empatia leva ao envolvimento, ao altruísmo e à piedade. Ver as coisas na perspectiva dos outros quebra estereótipos tendenciosos e, assim, gera a tolerância e a aceitação das diferenças.

(Daniel Goleman)

RESUMO

PRUDÊNCIO, P.S. **Avaliação da expectativa e satisfação da gestante com o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde.** 2017.165f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

A avaliação da expectativa e satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde, na percepção das usuárias, é uma importante estratégia que contribui para uma assistência pré-natal de qualidade. O presente estudo teve como objetivo avaliar a expectativa e a satisfação da gestante com o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde por meio da aplicação da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC). Os dados foram coletados em oito serviços públicos de saúde de atendimento pré-natal do município de Bauru, sendo seis Unidades Básicas de Saúde e duas Unidades de Saúde da Família. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais e consultas em prontuários. Participaram do estudo 377 gestantes. Para a análise estatística dos dados, foi utilizado o software estatístico SAS versão 9. Foram realizadas as seguintes análises: estatística descritiva, análise da frequência dos itens do instrumento, verificação da associação entre as variáveis qualitativas pelo Teste Exato de Fisher, mensuração da associação das variáveis qualitativas por meio da análise de regressão logística simples onde se calculou o *Odds ratio* bruto com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e análise da confiabilidade por meio do cálculo do Alfa de Cronbach. O nível de significância adotado foi de 0,05. Foi aplicada a versão brasileira do instrumento PESPC que possui 41 itens distribuídos em dois domínios: expectativa e satisfação. É uma escala do tipo likert, com opções de resposta que variam de 1 “concordo totalmente” a 6 “discordo totalmente”. Para a expectativa, o intervalo possível é de 12-72 e, para a satisfação, é de 29-174, onde os menores valores representam alta expectativa e satisfação com o cuidado pré-natal. A maioria das gestantes era multigesta 288 (76,4%), com idade média de 27 anos, 237 (62,9%) eram donas de casa, 215 (57,0%) das participantes realizaram seis ou mais consultas de pré-natal. Foi identificado predomínio de baixa expectativa 279 (74%) e alta satisfação 220 (58,8%) das gestantes com o cuidado pré-natal. Os testes de associação pela regressão logística simples demonstraram que, para o domínio expectativa, não houve relação entre as variáveis e, para o domínio satisfação, a variável “ter utilizado o mesmo serviço de pré-natal” apresentou associação e significância estatística ($p = 0,0398$; OR = 1,711; IC 95% = 1,03-2,82). Pelo Teste t de *Student*, não houve diferenças entre os dois serviços (UBS e USF), para os dois domínios do instrumento. A confiabilidade demonstrou valores adequados para consistência interna para os domínios da versão adaptada do instrumento PESPC (expectativa $\alpha = 0,82$; satisfação $\alpha = 0,91$). Conclui-se que a avaliação da expectativa e satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde em Bauru resultou em predomínio de baixa expectativa e alta satisfação com os serviços públicos de saúde de pré-natal, para ambos os modelos de serviços avaliados, USF e UBS. A versão brasileira do instrumento PESPC demonstrou-se adequada para avaliação da expectativa e satisfação da gestante com o cuidado pré-natal para a amostra estudada.

Descritores: Cuidado Pré-Natal. Satisfação do Paciente. Avaliação de serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

PRUDÊNCIO, P.S. **Evaluation of expectation and satisfaction of pregnant women with prenatal care in Primary Health Care**. 2017. 165p. Dissertation (Doctoral degree) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

The evaluation of expectation and satisfaction of pregnant women with prenatal care in Primary Health Care, in the perception of the users, is an important strategy that contributes to the quality of prenatal care. This study aimed to evaluate the expectation and satisfaction of the pregnant women with prenatal care in Primary Health Care, through the application of the Brazilian version of the *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) instrument. Data were collected in eight prenatal public health services in the city of Bauru, being six Basic Health Units (BHU) and two Family Health Units (FHU). Data collection was performed through individual interviews and search in medical records. 377 pregnant women participated in the study. For the statistical analysis of data, the statistical software SAS version 9 was used. The following analyzes were performed: descriptive statistics, analysis of the frequency of the instrument's items, verification of the association among qualitative variables by Fisher's Exact Test, association measurement of qualitative variables through simple logistic regression analysis in which the gross *Odds Ratio* was calculated with its respective 95% confidence intervals, and reliability analysis through the calculation of Cronbach's alpha. The level of significance was 0.05. The Brazilian version of the PESPC instrument, which has 41 items distributed in two domains (expectation and satisfaction), was used. It is a Likert type scale, with response options ranging from 1 "totally agree" to 6 "totally disagree". For the expectation, the possible interval is 12-72 and; for satisfaction, it is 29-174; the lowest values represent high expectation and satisfaction with prenatal care. The majority of the pregnant women were multiparous 288 (76.4%), with a mean age of 27 years, 237 (62.9%) were housewives, 215 (57.0%) of the participants had six or more prenatal consultations. A low expectation prevalence 279 (74%) and a high satisfaction (58.8%) of pregnant women with prenatal care were identified. The simple logistic regression association tests showed that, for the expectation domain, there was no relationship among the variables and, for the satisfaction domain, the variable "having used the same prenatal service" showed association and statistical significance ($p = 0.0398$, OR = 1.711; IC 95% CI = 1.03-2.82). By Student's t test, there were no differences between the two services (BHU and FHU) for the two domains of the instrument. Reliability demonstrated adequate values for internal consistency for the domains of the adapted version of the PESPC instrument (expectation $\alpha = 0.82$; satisfaction $\alpha = 0.91$). It was concluded that the evaluation of the expectation and satisfaction of pregnant women with prenatal care in Primary Health Care in Bauru resulted in a predominance of low expectation and high satisfaction with prenatal public health services for both models of services evaluated, BHU and FHU. The Brazilian version of the PESPC instrument was adequate to evaluate the expectation and satisfaction of the pregnant woman with prenatal care for the sample studied.

Descriptors: Prenatal Care. Patient Satisfaction. Health Services Evaluation. Primary Health Care

RESUMEN

PRUDÊNCIO, P.S. **Evaluación de la expectativa y satisfacción de mujeres embarazadas con la atención prenatal en la Atención Primaria de Salud.** 2017. 165h. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de Sao Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

La evaluación de la expectativa y satisfacción de mujeres embarazadas con la atención prenatal en la atención primaria de salud, en la percepción de los usuarios, es una estrategia importante que contribuye para la calidad de la atención prenatal. Este estudio objetivó evaluar la expectativa y satisfacción de mujeres embarazadas con la atención prenatal en la atención primaria de salud a través de la aplicación de la versión brasileña del instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC). Datos fueron recolectados en ocho servicios públicos de salud de asistencia prenatal en la ciudad de Bauru, siendo seis Unidades Básicas de Salud (UBS) y dos Unidades de Salud de la Familia (USF). La recolección de datos se realizó a través de entrevistas individuales y busca en registros clínicos. 377 mujeres embarazadas participaron en el estudio. Para el análisis estadístico de los datos, se utilizó el software estadístico SAS versión 9. Se llevaron a cabo la estadística descriptiva, el análisis de frecuencia de los ítems del instrumento, la verificación de la asociación entre variables cualitativas por el Test Exacto de Fisher, la medición de la asociación de variables cualitativas a través del análisis de regresión logística simple donde se ha calculado el *Odds ratio* bruto con sus respectivos intervalos de confianza de 95% y el análisis de la fiabilidad a través del cálculo del Alfa de *Cronbach*. El nivel de significación fue de 0,05. Fue aplicada la versión brasileña del instrumento PESPC con 41 artículos distribuidos en dos dominios: expectativa y satisfacción. Es una escala *Likert* con opciones de respuesta que van desde 1 "muy de acuerdo" a 6 "muy en desacuerdo". Para la expectativa, el intervalo posible es de 12-72 y, para la satisfacción, es de 29-174, donde los valores más bajos representan alta expectativa y satisfacción con la atención prenatal. La mayoría de las mujeres embarazadas era multipara 288 (76,4%), con una media de edad de 27 años, 237 (62,9%) eran dueñas de casa, 215 (57,02%) de las participantes realizaran seis o más consultas prenatales. Se ha identificado el predominio de baja expectativa 279 (74%) y alta satisfacción 220 (58,8%) de las mujeres embarazadas con atención prenatal. Las pruebas de asociación por la regresión logística simple mostraron que para el dominio expectativa, no hubo relación entre las variables y, para el dominio satisfacción, la variable "se utilizó el mismo servicio prenatal" presentó asociación y significación estadística ($p = 0,0398$; $OR = 1,711$; $IC\ 95\% = 1,03-2,82$). Mediante la prueba *t* de *Student*, no hubo diferencias entre los dos servicios (UBS y USF) para los dos dominios del instrumento. La fiabilidad demostró valores adecuados para consistencia interna para los dominios de la versión adaptada del instrumento PESPC (expectativa $\alpha = 0,82$; satisfacción $\alpha = 0,91$). Se concluyó que la evaluación de la expectativa y satisfacción de mujeres embarazadas con Atención Primaria de Salud en Bauru resultó en prevalencia de baja expectativa y alta satisfacción con los servicios públicos de salud prenatal, para ambos los modelos de servicios evaluados, USF y UBS. La versión brasileña del instrumento PESPC demostró ser adecuada para evaluar la expectativa y satisfacción de mujeres embarazadas con atención prenatal para la muestra estudiada.

Descriptores: Atención Prenatal. Satisfacción del Paciente. Evaluación de Servicios de Salud. Atención Primaria de Salud

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Interpretação dos escores da versão brasileira do instrumento <i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i> (PESPC). Bauru-SP, 2017	69
Tabela 2	Análise descritiva da coleta de dados por regiões geográficas (n = 377). Bauru-SP, 2017	74
Tabela 3	Análise descritiva da coleta de dados por tipo de serviço público de saúde de acompanhamento de pré-natal (n = 377). Bauru-SP, 2017	75
Tabela 4	Análise descritiva das características socio-demográficas das gestantes participantes do estudo (n = 377). Bauru-SP, 2017	76
Tabela 5	Caracterização dos dados obstétricos das gestantes participantes do estudo, de acordo com paridade, data da primeira consulta de pré-natal, número de consultas, presença de complicações atuais (n = 377). Bauru-SP, 2017	78
Tabela 6	Análise descritiva do nível de expectativa nas subescalas da versão brasileira do instrumento <i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i> (PESPC) pelo número total de gestantes participantes do estudo (n = 377). Bauru-SP, 2017	79
Tabela 7	Análise descritiva do nível de satisfação nas subescalas da versão brasileira do instrumento <i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i> (PESPC) pelo número total de gestantes participantes do estudo (n = 377). Bauru-SP, 2017	80
Tabela 8	Relação do nível de expectativa e satisfação das gestantes participantes do presente estudo, após aplicação da versão brasileira do instrumento <i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i> (PESPC) (n = 377). Bauru-SP, 2017	81
Tabela 9	Análise descritiva dos percentuais da versão brasileira do instrumento <i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i> (PESPC) para gestantes pertencentes às UBSs e USFs (n = 377) Bauru-SP, 2017	82
Tabela 10	Estatísticas descritivas dos resultados das subescalas da versão brasileira do instrumento <i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i> (PESPC) referente às participantes do estudo pertencentes aos serviços de saúde de Unidades Básicas de Saúde (n = 298). Bauru-SP, 2017	83

Tabela 11	Estatísticas descritivas dos resultados das subescalas da versão brasileira do instrumento <i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i> (PESPC) referente às participantes do estudo pertencentes aos serviços de saúde de Unidades de Saúde da Família (n = 79). Bauru-SP, 2017	84
Tabela 12	Comparações entre os tipos de serviços para o domínio expectativa da versão brasileira do instrumento <i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i> (PESPC) (n = 377). Bauru-SP, 2017	84
Tabela 13	Comparações entre os tipos de serviços para o domínio satisfação da versão brasileira do instrumento <i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i> (PESPC) (n = 377). Bauru-SP, 2017	85
Tabela 14	Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala cuidado integral do domínio expectativa da versão brasileira do instrumento <i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i> (PESPC) (n = 377). Bauru-SP, 2017	86
Tabela 15	Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala seguimento com o mesmo profissional do domínio expectativa da versão brasileira do instrumento <i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i> (PESPC) (n = 377). Bauru-SP, 2017	87
Tabela 16	Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala cuidado personalizado do domínio expectativa da versão brasileira do instrumento <i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i> (PESPC) (n = 377). Bauru-SP, 2017	88
Tabela 17	Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala outros serviços do domínio expectativa da versão brasileira do instrumento <i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i> (PESPC) (n = 377). Bauru-SP, 2017	89
Tabela 18	Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala informação do profissional do domínio satisfação da versão brasileira do instrumento <i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i> (PESPC) (n = 377). Bauru-SP, 2017	90
Tabela 19	Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala cuidado profissional do domínio satisfação da versão brasileira do instrumento <i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i> (PESPC) (n = 377). Bauru-SP, 2017	91
Tabela 20	Distribuição da frequência de respostas aos itens da subescala interesse da equipe do domínio satisfação da versão brasileira do instrumento <i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i> (PESPC) (n = 377). Bauru-SP, 2017	92

Tabela 21	Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala características do sistema do domínio satisfação da versão brasileira do instrumento <i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i> (PESPC) (n = 377). Bauru-SP, 2017	94
Tabela 22	Resultados do teste de associação e regressão logística simples para o domínio expectativa da versão brasileira do instrumento <i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i> (PESPC) (n = 377). Bauru-SP, 2017	97
Tabela 23	Resultados do teste de associação e regressão logística simples para o domínio satisfação da versão brasileira do instrumento <i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i> (PESPC) (n = 377). Bauru-SP, 2017	99
Tabela 24	Confiabilidade dos domínios expectativa e satisfação da versão brasileira do instrumento <i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i> (PESPC) (n = 377). Bauru-SP, 2017	100

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Locais de coleta de dados em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Bauru, SP, 2017	65
Figura 2	Características da idade cronológica média das gestantes participantes do estudo (n = 377). Bauru-SP, 2017	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPN	Cuidado Pré-Natal
CRMI	Centro de Referência de Moléstias Infeciosas
DP	Desvio padrão
DRAC	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
IC	Intervalo de Confiança
MS	Ministério da Saúde
ODD	<i>Odss Ratio</i>
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
PESPC	<i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i>
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PPSUS	Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
PSI	<i>Patient Satisfaction Instrument</i>
QPCQ	<i>Quality of Prenatal Care Questionnaire</i>
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAS	<i>Statistical Analysis System</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
1.1 Revisão da literatura	22
1.1.1 Expectativa e satisfação da gestante com cuidado pré-natal	22
1.1.1.1 Fatores que influenciam a expectativa e satisfação da gestante com o cuidado pré-natal	29
1.1.2 Atenção Primária à Saúde (APS).....	48
1.1.3 Avaliação de Serviços de Saúde	52
1.1.3.1 Avaliação do cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde no Brasil	56
1.2 Justificativa e relevância do estudo	59
 2 OBJETIVOS	 62
2.1 Objetivo geral.....	62
2.2 Objetivos específicos	62
 3 MÉTODO	 64
3.1 Delineamento do estudo	64
3.2 Período e Local de investigação	64
3.3 População-alvo e amostra	65
3.4 Coleta dos dados	66
3.4.1 Instrumentos de coleta de dados	66
3.4.1.1 Versão brasileira do instrumento <i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i> (PESPC)	66
3.4.1.2 Questionário de identificação e caracterização sociodemográfica e obstétrica	69
3.5 Considerações éticas.....	70
3.6 Análise dos resultados	70
3.7 Pré-Teste	71
 4 RESULTADOS	 74
4.1 Resultados relacionados à caracterização sociodemográfica e obstétrica das gestantes participantes do estudo.....	74
4.2 Resultados referentes à análise da estatística descritiva da versão brasileira do instrumento <i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i> (PESPC)	79
4.3 Frequências das respostas aos itens por subescala da versão brasileira do instrumento PESPC...	85

4.4 Resultados do teste de associação e regressão logística simples dos domínios da versão brasileira do instrumento PESPC, expectativa e satisfação.....	95
4.5 Resultados da análise da confiabilidade (Alfa de Cronbach) para os dois domínios da versão brasileira do instrumento <i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i> (PESPC), expectativa e satisfação.....	100
5 DISCUSSÃO.....	102
6 CONCLUSÃO.....	128
6.1 Limitações do estudo e recomendações para novos estudos.....	129
REFERÊNCIAS	131
ANEXOS.....	153
ANEXO A - Versão Brasileira do instrumento <i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i> (PESPC).....	153
ANEXO B - Autorização da autora para utilização da versão brasileira do instrumento <i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i> (PESPC)	157
ANEXO C - Interpretação dos escores da versão brasileira do instrumento <i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i> (PESPC)	158
ANEXO D - Protocolo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	160
APÊNDICES.....	162
APÊNDICE A - Questionário de identificação e caracterização de dados sociodemográficos e obstétricos	162
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	164

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O Cuidado Pré-natal (CPN) é constituído por um conjunto de importantes funções dos cuidados de saúde e que envolve a promoção da saúde, o rastreamento, diagnóstico e prevenção de enfermidades, de acordo com as “Recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez”, publicadas em novembro de 2016 (OMS, 2016). São os cuidados oferecidos à gestante e ao feto pela equipe de profissionais de saúde, desde a concepção até o início do trabalho de parto (WHO, 2009).

São caracterizados como uma importante oportunidade de comunicação e apoio às gestantes, às famílias e à comunidade. Quando o seu oferecimento é baseado na implementação adequada de práticas baseadas em evidências, podem contribuir para salvar vidas (OMS, 2016). Para Wang e Hong (2015), referem-se aos cuidados de saúde relacionados com a gravidez e que são realizados para as gestantes em um estabelecimento de saúde. Os CPNs têm como objetivo principal assegurar o desenvolvimento da gestação, possibilitando que o parto de um recém-nascido ocorra de forma saudável, sem impacto negativo para a saúde materna. Tais cuidados envolvem ainda a abordagem de cuidados relacionados aos aspectos psicossociais, bem como à implementação de atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012).

No contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal deve ser organizada de forma que atenda às necessidades das gestantes. Para isso são utilizados conhecimentos técnicos e científicos, bem como recursos disponíveis. Esse tipo de assistência demanda a prática de acolhimento o qual priorize o esclarecimento de dúvidas, temores e queixas. Tal conduta irá incitar nas gestantes o desejo de retornar ou aderir ao programa (BRASIL, 2012).

O acompanhamento do pré-natal deve possibilitar à gestante oportunidade de expressar seus temores e angústias, assegurando a elas uma assistência resolutiva e articulada com os demais serviços de saúde. Essa forma de assistência irá propiciar a continuidade da atenção, possibilitando a criação de vínculos entre a gestante e a equipe de saúde (BRASIL, 2012). Desempenha um papel importante na prevenção de resultados adversos, detecção de condições importantes para a saúde, além de preparar os pais para o trabalho de parto, nascimento e paternidade (SUTHERLAND et al., 2012).

Compreender as experiências das gestantes e as suas perspectivas em relação ao atendimento oferecido pelos serviços de cuidado pré-natal é uma estratégia importante para melhorar a eficácia do oferecimento dos serviços, bem como responder às necessidades e expectativas das gestantes (SHABILA et al., 2014). Tal conduta irá contribuir para o aperfeiçoamento do cuidado

prestado durante o acompanhamento de pré-natal, uma vez que a qualidade do cuidado pré-natal repercute no desfecho da gravidez, do parto e na redução da morbimortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2012). É importante considerar que tem sido um desafio para os serviços de saúde realizar a busca das gestantes, bem como contribuir para a adesão e continuidade do cuidado, uma vez que evidências científicas demonstram a importância do acompanhamento de pré-natal na prevenção e detecção de riscos maternos e fetais (BRASIL, 2012).

A qualidade da atenção à gestante demanda atitudes fundamentadas no acolhimento, na escuta, envolvimento e compromisso, bem como na resolução de problemas ou disponibilidade de recursos tecnológicos e infraestrutura (VASCONCELOS-MOURA et al., 2014). A atenção com foco na gestante contempla levar em consideração as suas necessidades e expectativas, sejam elas de caráter: social, emocional, físico, psicológico e cultural, no lugar das decisões das instituições e profissionais (WHO, 2014).

Para contribuir para a melhora da saúde materna, uma importante estratégia é incentivar e priorizar o desenvolvimento de pesquisas que tenham como meta realizar a avaliação da satisfação do paciente. Nesse contexto, a realização de tais pesquisas, durante o acompanhamento do cuidado pré-natal, é um momento oportuno para compreender as experiências vivenciadas pelas usuárias, suas percepções, preferências e níveis de satisfação. Esse entendimento irá contribuir substancialmente para a melhora da assistência, permitindo que as gestantes continuem utilizando os serviços de saúde (JALLOW et al., 2012).

Pesquisas apontam que o grau de satisfação com o atendimento em saúde é um aspecto importante na utilização dos serviços de saúde (JAFARI et al., 2010; ORRANTIA et al., 2010), bem como demonstram a necessidade de realização de pesquisas de satisfação com consequente repercussão quanto ao acesso, à qualidade da assistência, aos resultados percebidos quanto à satisfação de necessidades e expectativas (GALLE et al., 2015).

No âmbito da avaliação do cuidado pré-natal, Anversa et al. (2012) reforçam que a avaliação das práticas de saúde, na assistência pré-natal, constitui-se em uma potente ferramenta norteadora, para gestores e profissionais de saúde. Em concordância Bowling, Rowe e McKee (2013) acrescentam que a realização de pesquisas de satisfação do paciente beneficia os profissionais de saúde, o público e os políticos representantes, pois as informações identificadas em pesquisas com essa abordagem podem propiciar informações sobre o grau de satisfação dos pacientes em relação aos cuidados recebidos, bem como suas experiências (BOWLING; ROWE; MCKEE, 2013).

No Brasil, a avaliação da expectativa e satisfação da gestante com o cuidado pré-natal ainda é incipiente. Todavia, prevalece o destaque para pesquisas relacionadas à avaliação da assistência pré-natal prestada segundo parâmetros dos processos assistenciais definidos pelo Ministério da Saúde

(FONSÊCA; PÁDUA; NETO, 2011; PARIS; PELLOSO; MARTINS, 2013; BERNARDES et al., 2014; POLGLIANE et al., 2014; VIELLAS et al., 2014) e pela Organização Mundial da Saúde (PELL et al., 2013).

Tais pesquisas envolvem a avaliação de aspectos como: processos assistenciais do pré-natal (MARTINELLI et al., 2014); cobertura da assistência pré-natal (DOMINGUES et al., 2012); início precoce do pré-natal; quantidade de consultas de pré-natal realizadas (DOMINGUES et al., 2012); assistência de pré-natal nos diferentes modelos de Atenção Primária à Saúde (Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família) (OLIVEIRA et al., 2013); forma de estruturação dos serviços de saúde, segundo a fonte de pagamento (público ou privado) (PARIS; PELLOSO; MARTINS, 2013); acompanhamento de pré-natal pelo mesmo profissional (médico ou enfermeiro); continuidade da assistência pré-natal (VIELLAS et al., 2014); acompanhamento pré-natal no contexto rural ou urbano (CARDOSO; MENDES; MELÉNDEZ, 2013); integralidade da assistência pré-natal; recebimento do cartão de pré-natal; funcionamento do sistema de referência e contrarreferência (VIELLAS et al., 2014); sobre qualidade da assistência pré-natal (ANDREUCCI et al., 2011).

Nesse contexto, foram identificados vários estudos com alguns desses enfoques no Brasil (ANDREUCCI et al., 2011; SILVA et al., 2013; VIELLAS et al., 2014), e poucos estudos cujos objetivos foram baseados em realizar a avaliação da expectativa e satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal no Brasil, como os estudos realizados por: Barbosa et al. (2011), Oliveira e Ramos (2007) e Santos et al. (2010). Estudos apontam (ANDREUCCI; CECATI, 2011; DOMINGUES et al., 2012) que, apesar de terem ocorrido avanços relacionados à cobertura da assistência pré-natal no Brasil, outros estudos merecem ser realizados com abordagem de questões relacionadas à dificuldade de acesso, à baixa qualidade da atenção pré-natal, às deficiências que comprometem o vínculo entre o pré-natal e o parto, às altas taxas de mortalidade materna e perinatal, à deficiente oferta de orientações às gestantes, principalmente relacionadas ao parto, à amamentação e ao recém-nascido (GONÇALVES et al., 2008).

A avaliação da qualidade dos serviços de atenção à gestante deve considerar as suas necessidades e expectativas, bem como desenvolver sensibilidade para compreender tais necessidades com o propósito de que sejam incluídas no plano de cuidados a serem oferecidos às gestantes, garantindo assim a promoção da tranquilidade e conforto das mesmas (GUERREIRO et al., 2012).

Ao considerar a relevância desta temática para a qualidade da assistência pré-natal, no Brasil, e o incentivo do Ministério da Saúde (MS) para pesquisas com o enfoque de avaliação da satisfação do paciente com atendimento recebido nos serviços de saúde (BRASIL, 2015), despertou-se o interesse

em desenvolver um estudo de avaliação da expectativa e satisfação da gestante com o cuidado pré-natal, nos serviços públicos de saúde do município de Bauru, Estado de São Paulo, Brasil.

Para a realização desta pesquisa, além do incentivo do MS (BRASIL, 2015) mencionado acima, foram levados em consideração outros dois aspectos motivadores. Um primeiro aspecto motivador baseou-se em contribuir para o cumprimento de um dos objetivos da Programação Anual de Saúde do município de Bauru referenciada no Relatório de Gestão do município (2013), o qual apresentou como meta a ser alcançada a implementação de ações que visassem à melhoria da qualidade da assistência pré-natal, no município de Bauru.

Um segundo aspecto motivador quanto à realização da avaliação do cuidado pré-natal na Atenção Primária a Saúde no referido município baseou-se na intenção de contribuir para o 3º Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e suas metas, o qual é apresentado nos documentos temáticos das Nações Unidas no Brasil (ONU, 2017). O terceiro ODS apresenta várias metas a serem atingidas até 2030, dentre as quais estão: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, bem como garantir a qualidade da saúde sexual e reprodutiva, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos, dentre outras.

Portanto, o presente estudo teve como objetivo avaliar a expectativa e satisfação da gestante com o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde no município de Bauru, por meio da aplicação da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) (PRUDÊNCIO, 2012) **(ANEXO A)**.

Essa versão foi adaptada e validada para o Brasil por Prudêncio (2012), sendo considerada válida e confiável para aplicação no país, com recomendação de aplicação a grupos heterogêneos quanto à demografia e cultura, contribuindo assim para a identificação de evidências científicas que permitam detectar a possibilidade de generalizar a utilização do instrumento para outras amostras populacionais brasileiras.

1.1 Revisão da literatura

1.1.1 Expectativa e satisfação da gestante com cuidado pré-natal

A expectativa é conceituada como percepções da gestante quanto à assistência pré-natal antes da experiência (OMAR; SHIFFMAN, 1995). Oberst (1984) define expectativas do cuidado como um conjunto de expectativas sobre os resultados da assistência, comportamento do profissional, atuação do serviço que o paciente tenha desenvolvido a partir de suas próprias experiências passadas, necessidades de cuidados e interpretação da experiência.

Para Bowling, Rowe e Lambert (2013), as expectativas do paciente são definidas como a antecipação dos cuidados susceptíveis a ocorrerem durante ou como resultado dos cuidados de saúde.

Os autores descrevem como sendo o que as pessoas esperam receber em relação aos cuidados de saúde, em comparação às observações que fazem quanto ao que receberam na prática (experiências), sendo potencialmente importantes para influenciar a forma como irão realizar a avaliação dos cuidados de saúde recebidos (satisfação) (BOWLING; ROWE; LAMBERT, 2013).

Estudos demonstram que o cumprimento das expectativas é um dos importantes determinantes da satisfação (THOMPSON; SUNOL, 1995; GALLE et al., 2015). Bowling, Rowe e Lambert (2013) destacam que é frequentemente justificado que um excesso de cuidados de saúde em relação ao que se espera desencadeie uma maior satisfação e, inversamente, que as expectativas não satisfeitas acarretem em um aumento de insatisfação.

Tais considerações demonstram como é importante conhecer as expectativas das gestantes com o cuidado pré-natal, uma vez que tal conhecimento poderá orientar o direcionamento das intervenções a serem realizadas para melhorar as políticas pré-natais, procedimentos e práticas de cuidado e serviços (OMAR; SCHIFFMAN, 1995). Neste contexto, o conhecimento das expectativas das gestantes revelará a percepção que as mesmas possuem em relação aos cuidados de pré-natal, como demonstrado nos estudos de Mathibe-Neke (2008), Baxley e Ibitayo (2015), Galle et al. (2015) e Cardelli et al. (2016).

A percepção da gestante é a representação da realidade e se baseia, em parte, em experiências e informações anteriores que formam as expectativas e influenciam a satisfação (OMAR; SCHIFFMAN, 1995). Nos casos em que são identificadas percepções negativas, deve ser levado em consideração que as mesmas podem funcionar como barreiras reais para a utilização dos serviços de saúde, uma vez que podem dificultar a identificação precoce de complicações potenciais, o diagnóstico e o tratamento adequado (BRASIL, 2012).

A percepção das gestantes quanto aos cuidados é um elemento essencial da qualidade da assistência pré-natal, pois muitas vezes é o que determina a gestante aderir, cumprir e continuar com o serviço (FAGBAMIGBE et al., 2013). A importância do conhecimento de tais percepções baseia-se no fato de que avaliações ruins ou interação desagradável com os profissionais de saúde, durante o acompanhamento de pré-natal, podem comprometer o acesso das gestantes aos serviços vitais, colocando em risco a saúde da gestante e do bebê (JALLOW et al., 2012). Por isso, quando as mulheres julgam os serviços amigáveis, tornam-se mais propensas a utilizarem os cuidados de saúde (EKOTT et al., 2013).

Quanto à percepção das gestantes do cuidado pré-natal recebido, pode-se apresentar o estudo de Novick (2009). Esse autor realizou uma revisão integrativa com pesquisas publicadas em inglês no intervalo de 1997 a 2007, cujo objetivo foi identificar, sintetizar e analisar criticamente pesquisas publicadas sobre as experiências das gestantes quanto ao cuidado pré-natal. Foram utilizadas as

bases de dados: Medline, CINAHL, PsycINFO, ISI Web of Knowledge, SCOPUS e Social Science, e os termos de pesquisas adotados foram: *prenatal care, antenatal care, experience, perception, personal satisfaction, attitude to health, and patient satisfaction*. Nessa revisão foram identificados seis características do cuidado, que foram: incentivo/barreira; definição do cuidado pré-natal; tempo decorrido; componentes do cuidado (continuidade do cuidado, abrangência e controle); relações com funcionários e médico; recebimento de informação.

Novick (2009) destacou que algumas mulheres relataram frustração e desapontamento nas circunstâncias em que perceberam o cuidado pré-natal mecanicista, rotineiro e áspero. Algumas relataram ter recebido um tratamento impessoal por parte do profissional do cuidado, uma vez que este focalizava apenas em suas tarefas em vez de suas necessidades emocionais. Tais relatos retratam um cuidado pré-natal como uma experiência decepcionante, o que proporciona o entendimento sobre a necessidade de se conhecer e atender às necessidades das mulheres com o objetivo de tornar o pré-natal mais atraente, melhorando, assim, a experiência da mulher.

Nesse estudo de Novick (2009), o autor também menciona que vários estudos relataram discriminação ou estereótipos relacionados à raça, etnia, renda ou abuso de substâncias. O autor apresenta alguns estudos em que mulheres afro-americanas, mulheres de baixa renda e mulheres sem abrigo relataram terem sido tratadas de forma diferente devido a sua raça, renda ou uso de drogas, prejudicando o atendimento (NOVICK, 2009). Portanto, mensurar a percepção e as expectativas das gestantes com o cuidado pré-natal é um passo importante para compreender a transição do papel materno. Essa compreensão possibilita o preparo das gestantes para lidarem com os agentes estressores, bem como favorece a identificação da necessidade de implementação de intervenções que promovam a saúde materna (GRESS-SMITH et al., 2013).

Gress-Smith et al. (2013) realizaram um estudo cujo objetivo foi avaliar as expectativas das gestantes mexicanas de baixa renda. Tais mulheres se enquadravam em um grupo minoritário em crescimento nos Estados Unidos da América (EUA). Os autores aplicaram, em 210 gestantes mexicanas de baixa renda, a escala *Prenatal Experiences Scale for Mexican Americans* (PESMA) que envolve três domínios: apoio familiar, apoio do parceiro e cumprimento da função materna. O instrumento foi adaptado para capturar os aspectos culturais específicos das expectativas das gestantes com o cuidado pré-natal. Nesse estudo os autores descrevem o desenvolvimento e o processo de validação do PESMA, bem como concluem que a mensuração cultural das expectativas pré-natais é um passo importante para entender como as gestantes mexicano-americanas vivenciam a maternidade.

Em relação ao conceito satisfação do paciente, não há um consenso exato na literatura científica sobre a definição do conceito satisfação do paciente, embora seja identificado como um

importante indicador de resultados da qualidade para mensurar a eficácia dos cuidados prestados pelos serviços de saúde (AL-ABRI; AL-BALUSHI, 2014; BERKOWITZ, 2016). O interesse crescente pela satisfação dos usuários do setor saúde teve início na década de 1970, baseado em aspectos técnicos e estruturais da qualidade da atenção (BARBOSA, 2011).

Nas últimas décadas, no decorrer dos últimos 20 anos, pesquisas de satisfação do paciente alcançaram um maior destaque por se caracterizarem como significativas e essenciais fontes de informação para identificar as lacunas e desenvolver um planejamento de ação eficaz com o propósito de contribuir para a melhoria da qualidade nos serviços de saúde (AL-ABRI; AL-BALUSHI, 2014). Ao buscar a compreensão do conceito do constructo satisfação do paciente na literatura científica, foi possível identificar que o mesmo trata de um constructo multidimensional (LINDER-PELZ, 1982; METERKO; RUBIN, 1990; ROBERTS et al., 1998; HARRIS et al., 1999; ESPEREDIÃO; TRAD, 2006; GILL; WHITE, 2009; BERKOWITZ, 2016). A seguir são apresentadas algumas definições.

Para Ahmad et al. (2011) e Jenkinson et al. (2002), a satisfação do paciente pode representar, em sua grande maioria, atitudes em relação ao cuidado ou aos aspectos do cuidado. Para Rama et al. (2011), a satisfação do paciente é representada pelas emoções dos pacientes, sentimentos e percepção quanto aos serviços de saúde prestados (RAMA et al., 2011). A satisfação do paciente é um dos critérios estabelecidos para medir o sucesso dos serviços prestados nas unidades de saúde, sendo considerada uma questão crítica para os profissionais de saúde (BARUAH; DAWKA; KATAKI, 2016). Os aspectos que influenciam a satisfação do paciente são representados por uma multiplicidade de variáveis (BARUAH; DAWKA; KATAKI, 2016). Para Borkowitz (2016), a satisfação do paciente está relacionada às experiências diretas e indiretas com o sistema de saúde e a interação dos pacientes com os profissionais de saúde. O autor menciona que o ambiente de trabalho pode impactar a satisfação do paciente de forma positiva ou negativa e que as experiências vivenciadas por eles podem não se relacionar diretamente com a qualidade dos cuidados ofertados, mas sim com as expectativas sobre o que eles acreditam que deve ser ofertado.

Fishbein e Ajzen (1975) e Pascoe (1983) têm argumentado que a satisfação do paciente (atitudes em relação à sua experiência de cuidados de saúde) é determinada pela interação entre as suas expectativas (crenças sobre os cuidados de saúde) e as características dos cuidados de saúde que recebem. Estas características incluem dimensões tais como humanidade, informação, qualidade global, acessibilidade aos serviços, custo, natureza das instalações de cuidados de saúde e a continuidade do cuidado (LINDER-PELZ, 1982; METERKO; RUBIN, 1990; ERIKSEN, 1995; HANDLER et al., 1998).

A satisfação do paciente representa a avaliação das experiências de cuidados de saúde, que são suas observações diretas e pessoais dos cuidados de saúde recebidos (BOWLING et al., 2012). A

satisfação se sobrepõe com temas similares como felicidade, contentamento e qualidade de vida. Satisfação não é um fenômeno preexistente à espera para ser medido, mas um julgamento que a pessoa forma ao longo do tempo, quando ela reflete sobre suas experiências. Uma definição simples e prática de satisfação pode ser o grau em que os objetivos desejados foram alcançados (HEBE, 2003).

De acordo com a Teoria da Terapia Cognitiva de Beck (MENDES, 2012), as representações que são feitas da realidade não são determinadas pelo objeto e sim construídas por cada indivíduo, a partir de suas teorias e hipóteses pessoais sobre a realidade e que estão em constante confronto com esta própria realidade. As emoções e comportamentos não são simplesmente influenciados por eventos e acontecimentos e sim pela forma através da qual são processadas, percebidas, gerando assim o significado das situações. O homem é um ser em uma busca constante por significados e explicações (MENDES, 2012), e essa função da atribuição de significado conduz à adaptação a um contexto específico. Nesse sentido, as estratégias adaptativas são ativadas a partir da atribuição de significado já que este tem a função de controle dos vários sistemas psicológicos tais como: o comportamental, o emocional, os sistemas de atenção e da memória (BAHLS; NAVOLAR, 2004). Nessa perspectiva, a satisfação do paciente/cliente pode ser entendida como uma atitude - uma orientação geral da pessoa em relação a uma experiência total do cuidado à saúde. Pode ser compreendida por facetas cognitivas e emocionais e que se relacionam às experiências prévias, às expectativas e às redes sociais (HEBE, 2003).

A satisfação pode ser conceituada como a percepção da gestante da assistência pré-natal durante esta experiência (OMAR; SCHIFFMAN, 1995). A satisfação do paciente com a qualidade do atendimento é o grau em que as expectativas desejadas do paciente, os objetivos e/ou preferências são cumpridos pelo profissional e/ou serviço de saúde (DEBONO; TRAVAGLIA, 2009). Sabe-se que as opiniões das mulheres e a satisfação com os cuidados de saúde são fortemente influenciados pela cultura local e pelos sistemas de saúde específicos, sendo, portanto, necessário expandir esta investigação para países em desenvolvimento (JALLOW et al., 2012).

Ao incluir mecanismos de avaliação de satisfação dos pacientes, deve-se levar em conta a capacidade dos usuários para entender o que está sendo pedido para eles e de comunicar as suas opiniões e sentimentos de forma eficaz, pois níveis de alfabetização e intelectual, níveis de deficiência física/sensorial e dificuldades com proficiência na língua ou a diversidade étnica e cultural são fatores que podem influenciar a avaliação de satisfação (HEBE, 2003). Da mesma forma, elementos sociais como *status* socioeconômico, nível educacional, características demográficas (urbana/rural) e tecnologia devem ser considerados especialmente quando estes sinalizam se o consumidor fornecerá *feedback* e expressará sua satisfação ou não sobre o atendimento recebido (HEBE, 2003).

Dencker et al. (2010) definem que a satisfação com os aspectos dos cuidados é fortemente influenciada e moldada pelos aspectos sociodemográficos das mulheres (nível de escolaridade, idade, estado civil, situação econômica), número de fatores pessoais (valores, atitudes, limiar de dor, apoio pessoal), bem como pela sensação de segurança e controle percebido e expectativas formadas com base nas experiências e resultados de gestações e partos anteriores (DENCKER et al., 2010). Medidas prévias de satisfação do paciente demonstram que a maioria dos consumidores, geralmente 80% ou mais, expressam a satisfação total com seu cuidado, e que poucos entrevistados respondem negativamente a qualquer item avaliado. A satisfação é, portanto, uma medida relativa e para sua avaliação devem ser considerados os fatores que poderão influenciá-la (HEBE, 2003). Satisfação e insatisfação indicam julgamento dos pacientes sobre os pontos fortes e fracos, respectivamente, do serviço (CHOW et al., 2009).

Com o propósito de identificar tais evidências, foram encontrados na literatura nacional e internacional alguns estudos envolvendo os aspectos que influenciam a expectativa e satisfação da gestante com o cuidado pré-natal (OMAR; SCHIFFMAN; BINGHAM, 2001; ORRANTIA et al., 2010; SHOLEYE; ABOSEDE; JEMINUSI, 2013; CARDELLI et al., 2016). A análise de tais estudos permite observar que a realização de tais pesquisas com essa abordagem leva a uma melhor compreensão de como as percepções do paciente afetam o comportamento do próprio paciente (SOFAER; FIRMINGER, 2005), bem como contribui para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde (ALMEIDA; BOURLIATAUX-LAJOINIE; MARTINS, 2015).

Estudos demonstram que a satisfação da mulher com o cuidado pré-natal parece ser um fator que estimula as gestantes a buscar e dar continuidade ao acompanhamento de pré-natal (DOAEE et al., 2013; POZO-CANO et al., 2014; SOLIMAN, 2015). Em concordância, um estudo realizado na Nigéria por Nnebue et al. (2014) reforça que a percepção das mulheres com o cuidado está diretamente relacionada à disposição em cumprir e dar continuidade à utilização do serviço de pré-natal.

É de conhecimento que gestantes satisfeitas com o cuidado pré-natal apresentam uma tendência a recomendar o atendimento a outras mulheres, buscar novamente o mesmo serviço em uma futura gestação (NWAEZE et al., 2013; VASCONCELOS-MOURA et al., 2014), bem como apresentar gestações com resultados positivos (PHALADI-DIGAMELA, 2014). São descritos como componentes de satisfação das gestantes com os serviços de cuidado pré-natal os aspectos relacionados: à competência técnica dos profissionais, às relações interpessoais com os profissionais de saúde do atendimento pré-natal e ao curto tempo de espera para o atendimento (SHOLEYE; ABOSEDE; JEMINUSI, 2013).

Ao levar em consideração o retorno das gestantes aos mesmos serviços de saúde de atendimento em uma futura gestação é pertinente destacar as evidências encontradas no estudo de Otani et al. (2009), em St. Louis, mid-Missouri e Illinois nos EUA. Os autores demonstraram que pacientes apenas satisfeitos muitas vezes não voltam ao serviço de saúde, diferente de pacientes com alto nível de satisfação. Relatam ainda que satisfazer as necessidades dos pacientes é a primeira medida para obter pacientes leais, uma vez que pacientes completamente satisfeitos são mais propensos a retornar.

Em contrapartida, sentimentos de insatisfação com os serviços de cuidado pré-natal, muitas vezes, resultam em diminuição da utilização desses serviços (OMAR; SCHIFFMAN; BINGHAM, 2001). São evidenciados como componentes de insatisfação com o cuidado pré-natal os aspectos relacionados à comunicação e informação deficientes, ao serviço despersonalizado, à ausência de relações interpessoais e à falta de organização do serviço de saúde (SHOLEYE; ABOSEDE; JEMINUSI, 2013).

Estudos existentes demonstram que fatores como o tempo de espera antes da consulta, a continuidade em ver o mesmo trabalhador de saúde, a comunicação com o profissional de saúde e ambiente físico provocam impacto na satisfação das mulheres com o atendimento pré-natal (DÍAZ-SÁEZ, 2015; GALLE et al., 2015; PFLUGEISEN; MOU, 2017). Ressalta-se, assim, a estreita correlação entre a satisfação do paciente e a adesão ao serviço (SHOLEYE; ABOSEDE; JEMINUSI, 2013). Quando há diminuição da satisfação com o cuidado pré-natal, o resultado pode ser a perda de clientes, redução na utilização do serviço, menor efetividade no fornecimento do cuidado de saúde e menores resultados de bons nascimentos (OMAR; SCHIFFMAN; BINGHAM, 2001). Portanto, a satisfação do paciente tem sido cada vez mais utilizada como um indicador de qualidade (GALLE et al., 2015).

É de conhecimento que a qualidade do cuidado é considerada um conceito multidimensional, podendo ser compreendida à luz de dois aspectos: a estrutura de recursos da organização de cuidados e as preferências dos pacientes (GALLE et al., 2015). Portanto, Haggerty (2010) recomenda que a garantia da qualidade possa ser estabelecida a partir do acompanhamento da satisfação dos pacientes com o cuidado que recebem, com os relatos detalhados de suas experiências de atendimento. Em concordância, Savassi (2010) acrescenta que um dos aspectos fundamentais relacionados à qualidade de um serviço está associado à satisfação dos usuários.

Ao levar em consideração tais concepções, identifica-se na literatura científica que há um impacto da mensuração da satisfação do paciente na melhoria da qualidade da assistência. A avaliação dos cuidados realizada pelos pacientes é caracterizada como uma ferramenta realista que pode proporcionar oportunidades de melhoria como: auxílio na tomada de decisão estratégica, redução de custos, atendimento das expectativas dos pacientes, enquadramento das estratégias para uma

gestão eficaz, monitoramento do desempenho dos planos de saúde e fornecimento de uma avaliação comparativa para as instituições (AHMAD et al., 2011).

A avaliação da satisfação do paciente com um serviço de saúde prestado é essencial para melhorar a qualidade dos serviços de saúde (AL-ABRI; AL-BALUSHI, 2014; PRICILLA et al., 2016). Por exemplo, apesar de terem sido constatados poucos estudos na literatura científica sobre as melhorias resultantes de informações de *feedback* de pesquisas de satisfação do paciente (AL-ABRI; AL-BALUSHI, 2014), podem ser citados alguns estudos. Por exemplo, um estudo realizado na França por Boyer et al. (2006) confirmou que os dados provenientes de pesquisas de satisfação levaram à implementação de algumas iniciativas de melhoria. Tais mudanças ocorreram principalmente em nível hospitalar, entretanto, nenhuma mudança significativa no comportamento dos profissionais de saúde, como habilidades interpessoais.

Al-Abri e Al-Balushi (2014) acrescentam que, embora as pesquisas de satisfação do paciente sejam um padrão estabelecido de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, elas ainda não estão sendo sistematicamente e amplamente utilizadas para desenvolver iniciativas de melhorias. É conveniente ressaltar que pesquisas desta magnitude fornecem a oportunidade para gerentes de organização e gestores obterem maior entendimento quanto às opiniões e percepções dos usuários dos serviços. Além disso, possibilita aos gerentes dos serviços a implementação de mudanças efetivas em prol da garantia da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Portanto, com o propósito de contribuir com uma assistência pré-natal de qualidade destaca-se a importância de que os resultados identificados após a realização de pesquisas de avaliação da expectativa e satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal, os mesmos sejam repassados aos gestores responsáveis pelos serviços de saúde de pré-natal. A realização deste *feedback* aos gestores irá proporcionar maior compreensão das fragilidades e potencialidades dos serviços de saúde de pré-natal na percepção da usuária. Esse entendimento possibilitará o planejamento de novas estratégias de saúde que tenham como meta contribuir para o oferecimento de uma assistência de pré-natal de qualidade.

1.1.1.1 Fatores que influenciam a expectativa e satisfação da gestante com o cuidado pré-natal

Nos últimos anos, tem ocorrido o interesse pela realização de pesquisas de avaliação da satisfação do paciente em diferentes esferas de atendimento, com discreto crescimento nas publicações científicas direcionadas aos serviços de atendimento pré-natal.

A revisão da literatura sobre o tema identificou alguns estudos que foram desenvolvidos com o objetivo de destacar a importância e os diferentes aspectos que influenciam a satisfação da gestante

com o cuidado pré-natal, dentre os quais se citam alguns: Omar e Schiffman (1995), Raube, Handler e Rosenberg (1998), Dye e Wojtowycz (1999), Ivanov e Flynn (1999), Omar, Schiffman e Bingham (2001), Johnson et al. (2002), Langer et al. (2002), Bronfman-Pertzovsky et al. (2003), Handler et al. (2003), Palacín et al. (2004), Maderuelo (2006), O'Hearn (2006), Novick (2009), Orrantia et al. (2010), Ye et al. (2010), Díaz-Sáez et al. (2011), Zeidan, Idris e Bhairy (2011), Montasser et al. (2012), Jepngetich, Baliddawa e Kipkulei (2013), Sufiyan, Umar e Shugaba (2013), Ávila et al. (2014), Mejía et al. (2014), Mohamadirizi, Bahadoran e Fahami (2014), Pozo-Cano et al. (2014) e Galle et al. (2015).

Da mesma forma, estudos com enfoque nos aspectos que influenciam a expectativa das gestantes com o cuidado pré-natal foram abordados nos estudos de: Mathibe-Neke (2008), Gress-Smith et al. (2013), Hildingsson, Andersson e Christensson (2014), Baley e Ibitayo (2015), Galle et al. (2015) e Cardelli et al. (2016). Em relação aos aspectos influenciadores da expectativa, Gress-Smith et al. (2013) destacam aspectos relacionados às origens étnicas, culturais, sociais e ecológicas.

Em relação à satisfação, o estudo de revisão da literatura realizado por Ahmad et al. (2011) teve como enfoque identificar os aspectos que podem influenciar a satisfação do paciente, sendo constatados fatores como: atitude, habilidades de comunicação, habilidades técnicas, capacidade de resposta às necessidades do paciente, a boa relação entre o médico e o paciente, respeito e cortesia, competência técnica, privacidade, curto tempo de espera, continuidade dos cuidados, ambiente confortável e limpo, instalações adequadas e serviços disponíveis.

De acordo com Omar, Schiffman e Bingham (2001) e Omar e Schiffman (1995), existem fatores que influenciam a expectativa e satisfação da gestante com o cuidado pré-natal. Para esses autores, os fatores que influenciam a expectativa estão relacionados com: cuidado integral, seguimento com o mesmo profissional, cuidado personalizado, outros serviços. Para a satisfação os fatores relacionados são: informação do profissional, cuidado profissional, interesse da equipe e características do sistema (OMAR; SCHIFFMAN; BINGHAM, 2001). Para uma melhor compreensão, a exemplificação dos fatores que influenciam a expectativa e a satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal proposto no estudo de Omar, Schiffman e Bingham (2001) é apresentada a seguir.

O primeiro fator relacionado à expectativa é definido como o cuidado integral. Para Omar, Schiffman e Bingham (2001), a expectativa relacionada à subescala cuidado integral pode ser expressa por aspectos como: ter realizado a consulta de pré-natal mais cedo; esperar que as consultas de pré-natal tenham uma duração maior; esperar mais das consultas de pré-natal do que somente ser pesada e ter o batimento cardíaco do bebê verificado; receber informações durante as consultas de pré-natal sem ter de realizar muitas perguntas.

Para compreender melhor o significado do cuidado integral, é oportuno destacar que a integralidade é um dos princípios constitucionais do SUS, assim como a universalidade do acesso, a

equidade e participação da comunidade (BRASIL, 2012). Este princípio da integralidade significa que o indivíduo deve ser percebido de forma integral e não fragmentada, devendo receber uma assistência que envolva aspectos de promoção, prevenção e articulação entre as ações curativas e as ações de reabilitação (BRASIL, 2012).

A assistência integral à gestante deve ocorrer de forma integral, sem dissociar os aspectos físicos, emocionais, familiares e interpessoais (BRASIL, 2012). Para o oferecimento de uma assistência integral a gestantes, o cuidado pré-natal deve possuir profissionais de saúde capacitados a reconhecerem gestações de risco, bem como acompanhar a evolução da gestação e desenvolvimento do bebê, no intuito de propiciar uma assistência segura e de qualidade (BRASIL, 2006).

Outra importante consideração a ser realizada sobre o cuidado integral é que o mesmo visa à incorporação ativa de outros profissionais de saúde à equipe assistencial durante o cuidado pré-natal. A incorporação de tais profissionais pode contemplar a participação de: enfermeiras obstetras, obstetrizas, psicólogos, educadores perinatais e doulas, que irão atuar de acordo com as necessidades da mulher e de sua família (BRASIL, 2014). Essa assistência integral é um modelo de assistência que deve ser iniciado desde o início do pré-natal até o momento do parto, o nascimento (BRASIL, 2016). Para promover o cuidado integral, os profissionais de saúde devem recorrer a diversos recursos, uma vez que aspectos biológicos, psíquicos, socioeconômicos, culturais, espirituais e ambientais influenciam o processo saúde-doença dos indivíduos (BRASIL, 2016).

O oferecimento de uma assistência integral às gestantes na atenção básica ocorre por meio do acolhimento da gestante através de uma escuta qualificada, criação de vínculo, implicando assim na responsabilização pela integralidade do cuidado (BRASIL, 2012). Ao proporcionar uma assistência integral, o profissional de saúde deve possibilitar que a gestante expresse suas angústias, necessidades e preocupações. Ao ter essa conduta, o profissional estará garantindo uma atenção resolutiva, bem como assegurando uma articulação com outros serviços de saúde para que haja a continuidade da assistência (BRASIL, 2012).

Ao refletir sobre os benefícios do oferecimento de um cuidado integral, destaca-se a importância da integração com outros serviços da rede de atenção à saúde pelo intermédio do estabelecimento de uma rede integrada de referência e contrareferência, o qual é essencial para uma assistência oportuna às gestantes de risco que apresentam riscos aumentados de desfechos negativos (VIELLAS et al., 2014). O não funcionamento de um sistema de referência e contrareferência gera ansiedade, preocupação, medo, sensação de desamparo nas gestantes, uma vez que o serviço perde o contato da gestante, ao interromper a atenção durante o período gravídico-puerperal. A desvinculação entre a assistência pré-natal e do parto conduz a gestante a uma peregrinação à procura de vagas em hospitais (GUERREIRO et al., 2012).

Um estudo que retrata a expectativa das gestantes em ter um cuidado integral é demonstrado no estudo realizado por Guerreiro et al. (2012) em Fortaleza, no Brasil. Esse estudo teve por objetivo conhecer as concepções das gestantes e enfermeiros em relação ao cuidado pré-natal na Atenção Básica de Saúde. Os autores selecionaram 11 enfermeiros e 18 gestantes dos serviços. Quanto à concepção das gestantes, os autores identificaram queixas das gestantes por não terem a maternidade vinculada ao serviço de saúde para serem encaminhadas no momento do parto, bem como queixas quanto a terem de buscar vaga em hospitais. Tal situação reflete consequentemente na satisfação da mesma com o cuidado pré-natal (GUERREIRO et al., 2012). Entretanto, a falta de referência e de contrareferência gera ansiedade e sensação de desamparo, pois o serviço perde o contato das gestantes, interrompendo a atenção durante o período gravídico-puerperal. Os autores acrescentam que a utilização da escuta é uma excelente ferramenta para compreender as necessidades das gestantes, oferecendo a elas informações e cuidados pertinentes as suas necessidades (GUERREIRO et al., 2012).

O segundo fator relacionado à expectativa é definido como o seguimento com o mesmo profissional. Para Omar, Schiffman e Bingham (2001), a expectativa relacionada à subescala seguimento com o mesmo profissional pode ser avaliada pelo fato de a gestante ter expectativas em possuir o mesmo profissional para todas as consultas de pré-natal, bem como ter um mesmo profissional responsável para realizar o parto (OMAR; SCHIFFMAN; BINGHAM, 2001). Um estudo realizado no Brasil por Silva, Andrade e Bosi (2014) também constatou, por meio da análise de discursos de gestantes, que o vínculo entre elas e o profissional responsável pela oferta do cuidado pré-natal deveria ser mantido até o momento do parto.

No estudo de revisão integrativa da literatura de Novick (2009), o autor refere que a definição do termo continuidade é utilizada de várias maneiras diferentes na literatura. Pode representar a continuidade do cuidador, ou seja, um único clínico responsável pelo cuidado; cuidados que priorizam a consistência da abordagem, independentemente do número de clínicos. E finalmente o termo continuidade pode significar o cuidado dentro ou entre todos os outros períodos do ciclo gravídico, ou seja, período pré-parto, intraparto e pós-parto.

Outra concepção é apresentada no estudo realizado por Forster et al. (2016) na Austrália, cujos autores referem que o tipo de continuidade do cuidado que desperta o interesse das gestantes tem sido amplamente discutido, ou seja, se é ter o mesmo profissional de saúde em todas as consultas de pré-natal ou se é uma continuidade do cuidado mais ampla e que envolva a participação de outros profissionais e funcionários. A garantia desse atendimento de seguimento com o mesmo profissional é fundamental para a criação de vínculos e estabelecimento de confiança entre o profissional e a gestante. Realizar o acompanhamento de pré-natal com o mesmo profissional tem como vantagem a

realização de um melhor monitoramento da gestação, uma vez que a fragmentação do cuidado com a realização de consultas por diferentes profissionais tem sido associada à má qualidade do pré-natal (VIELLAS et al., 2014).

Em um estudo realizado por Wang e Hong (2015) na Austrália, os autores ressaltam que a continuidade do cuidado é uma estratégia importante que contribui para a melhora da saúde materna e neonatal. É uma estratégia que envolve um sistema de prestação de serviços que conecte os três momentos do cuidado materno, ou seja, os serviços de pré-natal, parto e pós-parto.

Com o propósito de demonstrar a importância da continuidade do cuidado, podem ser citadas as evidências científicas encontradas no estudo produzido por Wan et al. (2011). Os autores realizaram um estudo randomizado controlado cujo objetivo foi comparar as diferenças na prática da prestação de cuidados de enfermagem primários de forma contínua, em relação aos cuidados de enfermagem centrados nas tarefas, relacionando-os com a satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem e problemas de saúde pós-parto precoce para gestantes internadas. Foi identificado que o grupo de gestantes que recebeu os cuidados de enfermagem de forma contínua relatou uma satisfação geral significativamente maior em relação ao cuidado de enfermagem. Além disso, foi identificado maior conhecimento sobre aleitamento materno, maior predisposição em amamentar e menores problemas no pós-parto.

O terceiro fator relacionado à expectativa é definido como o cuidado personalizado. Para Omar, Schiffman e Bingham (2001), a expectativa relacionada à subescala cuidado personalizado pode ser representada por atitudes como: a preocupação demonstrada pelo profissional quanto ao estado mental e estado físico da gestante, durante o acompanhamento pré-natal; o cuidado do profissional de saúde durante o exame físico; a disposição de alguém ouvir os problemas pessoais da usuária; um encaminhamento médico ao falar para profissional/equipe sobre um determinado problema.

O cuidado profissional, durante o acompanhamento de pré-natal, envolve um cuidado característico e específico dado pelo profissional. A forma como este cuidado é ofertado à gestante, durante o acompanhamento de pré-natal, pode refletir na preferência da gestante por determinado profissional (BARRETO et al., 2013). Por exemplo, Barreto et al. (2013) demonstraram, a partir de relatos das próprias gestantes, que o serviço de pré-natal prestado pela enfermeira foi mais efetivo do que o serviço de pré-natal prestado pelo médico, uma vez que a consulta médica foi definida pelas gestantes como sendo rápida. As gestantes relataram ainda o fato de o médico não apropriar-se do seu histórico e contexto de gravidez.

Em um estudo realizado por Vasconcelos-Moura et al. (2014) no Brasil, os autores avaliaram a visão das gestantes sobre a qualidade da assistência de enfermagem durante o acompanhamento de pré-natal, bem como identificaram as expectativas e necessidades das gestantes neste tipo de

atendimento. Na visão da usuária, foram identificados resultados satisfatórios quanto ao atendimento oferecido pelos enfermeiros, entretanto, insatisfação em relação à infraestrutura dos serviços de saúde. O cuidado da enfermeira foi definido pelas gestantes como um cuidado de qualidade, digno e respeitoso, em que as mesmas foram bem atendidas. Os autores descrevem que as gestantes referiram segurança com as enfermeiras prestando as consultas de pré-natal com acolhimento, escuta, orientação e esclarecimento de dúvidas relacionadas à importância do pré-natal, às fases da gestação e ao autocuidado.

Outro aspecto importante a ser mencionado sobre o cuidado personalizado do profissional, durante o oferecimento do cuidado pré-natal, pode ser identificado durante a assistência pré-natal prestada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nestes serviços é frequente a criação de vínculos entre os profissionais de saúde e as usuárias, desencadeados pelos relacionamentos mais estreitos.

Os relacionamentos construídos com base na confiança e na escuta possibilitam às usuárias vivenciarem sentimentos de terem sido respeitadas e valorizadas, fato que contribui ativamente para a assistência pré-natal (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014). Outro estudo que destaca a importância da escuta ativa é o estudo realizado por Barbosa, Gomes e Dias (2011) no Brasil. Nesse estudo os autores destacam que relatos de entrevistas concedidas por gestantes evidenciaram o bom atendimento do serviço que foi atribuído ao oferecimento de escuta ativa e ao bom desempenho do profissional. Tal situação possibilita a criação de vínculos do binômio usuária-serviço de saúde e aumenta a satisfação das usuárias com os serviços de atendimento pré-natal.

Os profissionais devem ser capacitados a realizar o acolhimento das gestantes, de modo a serem capazes de identificá-las pelo nome, demonstrando interesse em conhecer os motivos que as levaram a buscar o atendimento na unidade de saúde. Os profissionais, ao adotarem atitudes simples como sorrir e desejar boas-vindas desencadeiam na gestante uma maior facilidade para expressar suas necessidades de saúde com confiança. Tal conduta é incentivada, pois é de conhecimento que uma boa comunicação e a interação de profissionais e gestantes refletem em uma maior satisfação da assistência prestada na percepção das gestantes (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014).

Em um estudo realizado na África por Jepngetich, Baliddawa e Kipkulei (2013), os autores constataram a importância dos profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado pré-natal referirem-se às gestantes do cuidado pré-natal pelos seus nomes, caracterizando-se assim como uma oportunidade de que as mesmas se sintam bem-vindas ao serviço de acompanhamento pré-natal. No estudo de revisão integrativa da literatura realizada por Novick (2009) que teve como objetivo demonstrar as experiências das gestantes com o cuidado pré-natal foi constatada a importância do cuidado personalizado durante o cuidado pré-natal na percepção das gestantes. Os estudos dessa revisão demonstraram que as gestantes se sentiram valorizadas quando o cuidado era individualizado, de

forma a atender a suas necessidades. Elas mencionaram apreciar os momentos em que os profissionais as escutavam, atendiam a suas necessidades e tratavam suas preocupações emocionais e sociais.

O quarto fator relacionado à expectativa é definido como outros serviços. Para Omar, Schiffman e Bingham (2001), a expectativa relacionada à subescala outros serviços de saúde pode estar relacionada a aspectos como o recebimento de outros serviços, como exemplo, assistência de uma nutricionista e de um assistente social, durante o acompanhamento de pré-natal (OMAR; SCHIFFMAN; BINGHAM, 2001).

Outros tipos de assistência prestada durante o acompanhamento pré-natal podem envolver a participação dos profissionais: psicólogo, dentista, assistente social etc. Quanto à oferta de outros serviços durante a assistência pré-natal, esta pode englobar diversos tipos de serviços, dentre os quais alguns podem estar relacionados à: nutrição, psicologia, odontologia e assistência social. Vários estudos demonstram a importância destes serviços durante o acompanhamento de pré-natal (ORR; SIMMONS, 1979; PADILHA et al., 2009; SADDKI; YUSSOF; HWANG, 2010).

Em relação ao atendimento nutricional, Orr e Simmons (1979) demonstraram a importância da avaliação nutricional durante o pré-natal, bem como a necessidade de uma maior integração dos serviços de nutrição na consulta de pré-natal, melhorando consequentemente a satisfação da gestante. Em concordância, Padilha et al. (2009) reforçaram a importância reconhecida do estado nutricional materno, incluindo o seu impacto sobre a saúde materna e neonatal, destacando o papel proeminente dos indicadores antropométricos dentro do contexto da gravidez.

A educação e o aconselhamento nutricional são partes integrantes do cuidado pré-natal que influenciam os resultados de saúde materna e infantil (GHOSH-JERATH et al., 2015). Ota et al. (2012) acrescentam que o impacto do aconselhamento dietético, durante o acompanhamento de pré-natal realizado por meio da educação nutricional, demonstra melhoras em vários aspectos, como: na ingestão dietética e no ganho do peso gestacional, redução do risco de anemia e parto prematuro e no peso ao nascer (OTA et al., 2012).

Quanto à oferta do suporte psicológico, Caldas et al. (2013) identificaram a importância do atendimento psicológico no modelo de assistência pré-natal nas gestações de alto risco, os quais apresentam maiores chances de resultado desfavorável. Outro aspecto importante a ser mencionado é apresentado no estudo de revisão da literatura de Cunha et al. (2012). Nesse estudo os autores destacam que durante o período gestacional acontecem muitas transformações físicas e psicológicas que desencadeiam muita instabilidade emocional, gerando temores, ansios, inseguranças, dúvidas, alegrias, euforias. Diante deste desequilíbrio, os autores destacam a importância do suporte psicológico

para a gestante. Ressaltam que o período do pré-natal é um momento oportuno de abordagem psicoterapêutica, tanto para o aconselhamento durante a gestação quanto para tratar possíveis sinais e sintomas de depressão pós-parto (CUNHA et al., 2012).

Cunha et al. (2012) acrescentam que, durante o momento do pré-natal, é possível observar que a ansiedade impactante da notícia da gravidez marca de forma característica cada trimestre de gestação. No primeiro trimestre, surgem os desconfortos decorrentes das primeiras alterações físicas e hormonais, bem como o medo do óbito fetal. No segundo trimestre, surge o impacto devido à percepção da existência do filho(a). No terceiro trimestre, surgem as aflições decorrentes da expectativa pelo parto. Portanto, mudanças psíquicas somadas à experiência da gravidez desencadeiam uma expressiva sensibilidade emocional e susceptibilidade de distúrbios emocionais. Isso demonstra a importância das orientações psicológicas para as futuras mães, assim como todo o cuidado do profissional médico obstetra durante o acompanhamento de pré-natal.

Quanto à importância do atendimento odontológico durante o acompanhamento de pré-natal, Saddki, Yusoff e Hwang (2010) realizaram um estudo na Malásia, em que destacaram que a insatisfação com os serviços prestados e as percepções das gestantes de não possuir problemas de saúde bucal foram as principais barreiras para utilização dos serviços. Tais estudos refletem a importância do oferecimento de outros serviços, durante o acompanhamento de pré-natal, bem como o resultado da satisfação ou insatisfação relacionada a eles. O profissional dentista desempenha importante papel na assistência bucal direcionada a gestantes, demandando maior atenção à educação pré-natal sobre problemas de saúde bucal durante o período pré-natal (CURTIS; SILK; SAVAGEAU, 2013).

As evidências científicas relatadas acima, com base em resultados de estudos realizados em diversos países, demonstram que fatores como o cuidado integral, seguimento com o mesmo profissional, cuidado personalizado e outros serviços podem influenciar na expectativa das gestantes com o cuidado pré-natal. Da mesma forma, a satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal também pode ser afetada por alguns fatores, como os quatro fatores mencionados pelos autores Omar, Schiffman e Bingham (2001) que são: informação do profissional, cuidado profissional, interesse da equipe e características dos sistemas. Tais fatores são exemplificados e apresentados a seguir.

O primeiro fator relacionado à satisfação é definido como informação do profissional. Para Omar, Schiffman e Bingham (2001), a satisfação relacionada à subescala informação do profissional pode ser exemplificada por aspectos que avaliem: a participação de uma enfermeira de saúde pública que faça parte da atenção pré-natal; as explicações recebidas sobre o que aconteceria nas próximas consultas de pré-natal; as explicações dadas pelo profissional quanto aos procedimentos médicos; as explicações dadas pelo profissional quanto à evolução clínica da gestação; a abordagem de diversos

assuntos durante as consultas de pré-natal; as explicações do profissional sobre o que esperar de ser mãe de um recém-nascido; a maneira como o profissional tem realizado a preparação para o trabalho de parto e parto (OMAR; SCHIFFMAN; BINGHAM, 2001).

Quanto ao fornecimento de informações do profissional durante o atendimento pré-natal, existem alguns fatores que afetam a qualidade da comunicação e, conseqüentemente, a satisfação das gestantes com o pré-natal. Para minimizá-los, é importante capacitar os profissionais quanto à importância de dar as gestantes o tempo suficiente para se expressarem, manifestarem empatia e tratá-las com educação (JEPNGETCH; BALIDDAWA; KIPKULEI, 2013). De acordo com os autores desse estudo, gestantes que receberam tempo suficiente para se expressarem durante a consulta de pré-natal foram mais propensas a apresentarem níveis maiores de satisfação do que aquelas que foram interrompidas. Outro aspecto importante de promover o tempo suficiente para cada gestante é reduzir a perda de oportunidades quanto à definição de possíveis diagnósticos (JEPNGETCH; BALIDDAWA; KIPKULEI, 2013).

No contexto das informações do profissional durante o pré-natal, ressaltam-se a importância do oferecimento de informações relacionadas ao parto e nascimento, problemas relacionados à gravidez, amamentação, período pós-parto e questões de saúde. Hildingsson et al. (2013) constataram deficiências no oferecimento de informações repassadas durante o cuidado pré-natal, como exemplo: a falta de informação sobre o parto e nascimento e problemas relacionados à gravidez.

Essa realidade reflete no grau de satisfação da gestante com o pré-natal, bem como a baixa proporção de orientações recebidas durante a assistência pré-natal, o que pode evidenciar o papel insuficiente do pré-natal na preparação da gestante para o parto e amamentação (VIELLAS et al., 2014). Resultados que evidenciaram a importância do recebimento adequado de informações, durante as consultas de pré-natal, foram identificados nos estudos de Kamil e Khorshid (2013), Mohamadirizi et al. (2014) e Montasser et al. (2012).

Al-Ateeq e Al-Rusaie (2015) referem que há necessidade de atividades educativas para as gestantes, durante as consultas de pré-natal, no intuito de serem abordados os diferentes aspectos relacionados à gravidez, aos partos e cuidados neonatais que podem ser exercidos por médicos, educadores de saúde ou enfermeiras. A implementação de tais atividades pode desencadear vários benefícios, como demonstrado em um estudo realizado no Irã por Firouzbakht, Nikpour e Khafri (2014) em que os autores destacam que a educação pré-natal e o apoio psicológico recebido durante o acompanhamento de pré-natal podem contribuir para redução da ansiedade e intensidade da dor no momento do trabalho de parto, bem como para redução da depressão pós-parto e ocorrência de intervenções como a episiotomia e parto cesárea de emergência. Os autores concluem ainda que os treinamentos de pré-natal quando considerados como parte dos cuidados prestados às gestantes,

durante o acompanhamento de pré-natal, podem ser utilizados como meios eficazes para melhorar a saúde materna (FIROUZBAKHT; NIKPOUR; KHAFRI, 2014).

Mohamadirizi et al. (2014), ao conduzirem um estudo realizado no Irã, demonstraram que o uso de estratégias educativas pode aumentar o nível de satisfação e conscientização das mulheres primigestas. Os autores testaram a eficácia de dois métodos educativos, o *e-learning* e uso de livretos com um grupo de 100 gestantes primigestas durante quatro semanas. Após as intervenções educativas, foram distribuídos questionários de satisfação com a conscientização do cuidado pré-natal, que foi preenchido por ambos os grupos antes, e após 4 a 6 semanas depois da intervenção. Os resultados demonstraram que não houve diferenças significativas entre os escores de ambos os grupos antes da intervenção educativa, entretanto, foram identificadas diferenças significativas após as quatro semanas da intervenção ($p = 0,004$). Outra constatação é que houve diferença significativa entre os escores de satisfação e conscientização após a intervenção em ambos os grupos ($p = 0,001$, $p = 0,034$). Os autores concluíram que o *e-learning* pode contribuir para aumentar o nível de satisfação e conscientização das gestantes primigestas. Dessa forma, a recomendação para realização de tal atividade é considerada um método de aprendizagem eficiente, pois demanda pouco tempo, baixos custos e isenta a necessidade de equipamentos especiais.

Com o objetivo de melhorar a qualidade das informações do profissional repassadas às gestantes, durante o acompanhamento de pré-natal, o uso de algumas estratégias tem sido pesquisado e avaliado quanto a sua eficácia, como o uso de mensagens pelo celular como forma de apoio para o acompanhamento de pré-natal (JAREETHUM et al., 2008).

Nesse estudo, os autores compararam o nível de satisfação das gestantes que receberam mensagens de apoio pelo celular com gestantes que não receberam, constando a eficácia da adoção dessa estratégia na satisfação das gestantes com o pré-natal. As mensagens de texto enviadas pelo celular resultaram em percepções e satisfação positivas, podendo ter contribuído para o envolvimento das consultas de pré-natal. Portanto, uma provável adesão ao acompanhamento pré-natal sugere que as mensagens de texto podem ter servido como ferramenta importante para lembrar os pacientes da sua importância (PELLETIER et al., 2012).

Em um estudo realizado na Espanha por Díaz-Sáez et al. (2011), os autores analisaram a percepção das primíparas quanto à comunicação com os profissionais de saúde, a satisfação e as expectativas das mesmas em relação aos serviços de saúde. Para a realização dessa análise, os autores realizaram entrevistas com metodologia fenomenológica com gestantes primigestas. Todos os profissionais foram avaliados positivamente. Foram obtidas seis metacategorias, a saber: profissionais de saúde; gravidez, parto e puerpério, comunicação; alimentação do bebê; sentimentos e outros. Foi constatada a necessidade de melhora da comunicação entre as primíparas e dos profissionais de

saúde quanto ao fornecimento de informações e apoio quanto ao aleitamento materno. Nos diferentes estudos sobre comunicação e saúde, a relação paciente-usuário demanda respeito, sensibilidade, acolhimento, tempo suficiente, apoio e comunicação centrada no paciente. Sabe-se que as carências comunicativas produzem a maioria das reclamações e demandas dos pacientes (DÍAZ-SÁEZ et al., 2011).

Em relação à importância do oferecimento de informações, durante o acompanhamento de pré-natal, pode-se citar um estudo realizado na Austrália e Suécia (HILDINGSSON et al., 2013). Nesse estudo, os autores constataram que as gestantes australianas demonstraram maior satisfação com o cuidado pré-natal principalmente em relação à educação pré-natal e aos aspectos emocionais do cuidado do que as gestantes suecas. Constataram que a falta de informação foi um dos aspectos que contribuiu para a insatisfação das gestantes. Tal constatação demonstra que a satisfação com os cuidados pré-natais pode diferir da organização e do contexto dos cuidados (HILDINGSSON et al., 2013). Em um estudo realizado na Bélgica por Galle et al. (2015), os autores, ao analisarem a expectativa e a satisfação de 139 mulheres com o pré-natal com atenção especial para grupos vulneráveis, demonstraram, dentre várias constatações identificadas, que as mulheres gostariam de receber maiores informações, durante as consultas de pré-natal.

Para destacar a importância do oferecimento de informações durante o cuidado pré-natal, Silva, Lima e Osório (2016) realizaram uma revisão sistemática cujo objetivo foi analisar o impacto das estratégias educacionais desenvolvidas em atendimento pré-natal de baixo risco obstétrico, utilizando banco de dados como PubMed, Medline, SciELO e Lilacs. Os resultados demonstraram: a eficácia das estratégias educativas foram maiores quando foram estendidas ao período pós-parto; o estabelecimento de grupos de gestantes contribuiu para a menor prevalência de prematuridade; a maioria das atividades educativas ocorreu durante as visitas domiciliares, o que resultou em um impacto positivo na amamentação e no peso ao nascer; o aleitamento materno foi o resultado mais sensível às estratégias educacionais; as práticas educacionais contribuíram para resultados obstétricos favoráveis, minimizando as preocupações e ansiedade das gestantes.

Um estudo realizado no Quênia na África por Jepngetich, Baliddawa e Kipkulei (2013) teve como objetivo identificar os fatores que afetam a satisfação das gestantes com os cuidados de pré-natal com as habilidades de comunicação, dos profissionais de saúde prestadores destes cuidados. Os autores referem nesse estudo que as inadequadas habilidades de comunicação são fatores que afetam a comunicação durante o cuidado pré-natal, comprometendo a adesão ao atendimento. Para realização desse estudo, os autores contaram com a participação de 384 sujeitos, que participaram de entrevistas. Como resultados, os autores identificaram que: saudações e apresentações, tempo suficiente para as gestantes se expressarem, educação pré-natal foram estatisticamente significativas nesse estudo. Os

autores concluíram que os resultados encontrados nesse estudo são considerados úteis para gestores de saúde, com o objetivo de eliminar barreiras de comunicação entre as gestantes e prestadores dos cuidados de saúde, durante a assistência pré-natal.

O segundo fator relacionado à satisfação é definido como cuidado profissional. Para Omar, Schiffman e Bingham (2001), a satisfação relacionada à subescala cuidado profissional pode ser avaliada levando-se em consideração aspectos como: a forma de tratamento do profissional; o respeito demonstrado pelo profissional; a qualidade do cuidado recebido do profissional; a sensação de não estar desperdiçando o tempo do profissional; a liberdade de poder realizar questionamentos sem sentir constrangimento; o fato de não ter de repetir a mesma história pessoal, durante todas as consultas de pré-natal (OMAR; SCHIFFMAN; BINGHAM, 2001).

Quanto ao cuidado do profissional, a qualidade da interação entre o médico e gestante deve promover confiança de determinada forma que a gestante seja capaz de compartilhar o modo como se sente durante a gestação. Uma maneira simples de iniciar essa relação pode ser expressa por meio de um gesto simples de aperto de mão no início das consultas. Tal gesto pode ajudar a dissipar preocupações, bem como favorecer o estabelecimento de relações (JEPNGETICH; BALIDDAWA; KIPKULEI, 2013).

Outra maneira é chamar a gestante pelo nome, bem como referir-se a ela durante toda a consulta pelo nome e proporcionar a ela o tempo necessário para se expressar sem interrupção. Tais evidências demonstram como a satisfação da gestante com o cuidado pré-natal pode ser influenciada por gestos simples, resultando consequentemente na importância de sensibilizar os profissionais de saúde a saudarem as gestantes, apresentarem-se pelo nome e referirem-se a elas por seus nomes (JEPNGETICH; BALIDDAWA; KIPKULEI, 2013). Ser tratada com dignidade, respeito e cortesia é um importante fator determinante da satisfação materna (SRIVASTAVA et al., 2015).

As boas relações profissional-paciente são consideradas terapêuticas e têm sido descritas como o componente mais importante da boa prática médica, pois identificam os problemas de forma rápida e clara, mas também definem a expectativa e ajudam a estabelecer a confiança entre o profissional de saúde e o paciente (NWAEZE et al., 2013). Em contrapartida, aspectos negativos referenciados pelas gestantes são: falta de privacidade e confidencialidade nas consultas de pré-natal (SUFİYAN; UMAR; SHUGABA, 2013). Para muitas gestantes os requisitos mínimos e fundamentais para a qualidade dos cuidados prestados a elas no cuidado pré-natal baseiam-se em respeito, cuidado, compreensão e atenção (VASCONCELOS-MOURA et al., 2014).

O resultado do cuidado do profissional de saúde no tratamento da gestante, durante o acompanhamento de pré-natal, é comprovado no estudo de Nwaeze et al. (2013) realizado na África, onde os autores constataram que a atitude dos profissionais de saúde atuou como um determinante

significativo da percepção e satisfação das pacientes com o atendimento de pré-natal. Raine et al. (2010) acrescentam que uma comunicação eficaz proporciona às gestantes a sensação de bem-estar e de amparo profissional. Já quando a comunicação é ineficaz, as gestantes podem ter a sensação de que os profissionais agem de maneira desprezível, ocasionando assim a falta de confiança no cuidado prestado e na possibilidade de ausência, durante as consultas de pré-natal (RAINE et al., 2010).

É de conhecimento que o cuidado profissional adequado e de qualidade é capaz de estabelecer uma comunicação eficaz com populações vulneráveis e culturalmente diferentes por meio de um conjunto de diferentes habilidades de comunicação. Isso fundamenta a necessidade de incentivo na formação de competências de comunicação dos profissionais de saúde de todos os níveis, incluindo o reforço da capacidade de comunicação intercultural. Por isso, reforça-se a necessidade de treinamento de habilidades de comunicação dos profissionais de obstetrícia para que possam transmitir maior segurança, maior satisfação com o atendimento e possam reduzir as disparidades raciais/étnicas na qualidade do atendimento (DAHLEM et al., 2014).

Em relação ao cuidado profissional durante o cuidado pré-natal ofertado, em um estudo realizado em um hospital no Brasil, algumas gestantes relataram preferência pelos profissionais enfermeiros, justificando que estes oferecem um cuidado mais dedicado, completo, com respeito e preocupação para o esclarecimento. Algumas gestantes alegaram sentir grande diferença em relação à atenção do médico, pois muitas vezes o cuidado ofertado durante a consulta é sucinto, gerando uma lacuna quando este não a ouve (VASCONCELOS-MOURA et al., 2014). A boa percepção das gestantes em relação à interação com o profissional que as atende demonstrou ser um aspecto determinante da satisfação com o pré-natal, podendo favorecer a adesão das gestantes ao cuidado pré-natal, independente de outros fatores relacionados com a qualidade dos serviços de saúde (ÁVILLA et al., 2014).

Durante a assistência pré-natal, é essencial abordar com as gestantes os aspectos relacionados aos seus sentimentos, medos, ansiedades e desejos, uma vez que o momento gestacional é considerado um momento de constantes mudanças, descobertas e aprendizados. Portanto, este é caracterizado como um momento oportuno para que os profissionais de saúde invistam em estratégias de educação e cuidado em saúde, com o propósito exclusivo de garantir o bem-estar materno-infantil, bem como a participação do parceiro durante o acompanhamento de pré-natal (BRASIL, 2015). Silva, Andrade e Bosi (2014) acrescentam a importância da utilização de tecnologias leves nas relações entre o profissional e a gestante, durante o cuidado pré-natal, ressaltando que o acolhimento durante o pré-natal não deve limitar-se apenas em receber a gestante à porta de entrada do serviço de saúde.

Hildingsson et al. (2013) avaliaram a satisfação da gestante com o atendimento pré-natal na Austrália e na Suécia com o objetivo de identificar as deficiências no cuidado pré-natal e os aspectos

contribuintes para insatisfação. Embora os dois grupos registrassem uma alta satisfação com o cuidado pré-natal, algumas diferenças foram identificadas. Por exemplo, as mulheres australianas demonstraram maior satisfação com o cuidado pré-natal principalmente em relação à educação pré-natal e aos aspectos emocionais do cuidado do que as suecas. Os autores constataram que a falta de informação e o fato de não serem tratadas com seriedade foram fatores contribuintes para a insatisfação das mesmas.

O terceiro fator relacionado à satisfação é definido como interesse da equipe. Para Omar, Schiffman e Bingham (2001), a satisfação relacionada à subescala interesse da equipe pode ser expressa: pela forma como os membros demonstram preocupação pela usuária; pelo tempo que a equipe gasta falando sobre assuntos de interesse da usuária; pela forma de tratamento dos membros da equipe; pelo tempo dedicado à usuária, mesmo na ausência de problemas gestacionais; pelo interesse demonstrado na forma como a equipe lida com todos os problemas de saúde da gestante, durante o acompanhamento de pré-natal (OMAR; SCHIFFMAN; BINGHAM, 2001).

Ao levar em consideração a avaliação do interesse da equipe, pode-se citar um estudo realizado na África que visou avaliar a satisfação da gestante com o cuidado pré-natal, os quais foram obtidos alguns relatos de gestantes quanto ao atendimento por parte da equipe. Tais relatos identificaram atitudes hostis da equipe, o que pode dificultar a utilização dos serviços (EKOTT et al., 2013). Alguns autores relatam que os fatores que poderiam resultar em atitudes hostis por parte dos funcionários estariam relacionados a um ambiente não propício e à sobrecarga de trabalho (ZINNEN et al., 2012).

Ao levar em consideração o interesse da equipe durante o cuidado pré-natal, pode-se ressaltar um dos fundamentos da atenção básica o qual visa a zelar pela adscrição dos usuários, ou seja, garantir o desenvolvimento de relações de vínculos entre as equipes e a população adscrita, no intuito de assegurar a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. Tal vínculo é caracterizado pelo estabelecimento de relações de afetividade e confiança entre os membros da equipe e o usuário (BRASIL, 2012). Cabe destacar que a longitudinalidade do cuidado é definida como a continuidade da relação clínica, estabelecimento de vínculos afetivos e responsabilização entre profissionais e usuários, onde os efeitos das intervenções de saúde na vida dos usuários são acompanhados com o propósito de realizar ajustes necessários e prevenindo a perda de referências (BRASIL, 2012).

O interesse da equipe pode ser manifestado pela forma de tratamento da equipe com a gestante, durante o acompanhamento de pré-natal. No caso dos serviços de saúde com modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF), os autores Silva, Andrade e Bosi (2014) destacam que as equipes de saúde devem desenvolver processos de trabalho com o objetivo de estabelecer um

acompanhamento de pré-natal fundamentado no acolhimento, para que o profissional busque compreender os significados da gestação para a própria mulher, bem como para sua família.

O quarto fator relacionado à satisfação é definido como características dos sistemas. Para Omar, Schiffman e Bingham (2001), a satisfação relacionada à subescala características dos sistemas pode ser avaliada por aspectos como: o tempo dispendido para atendimento médico; o tempo gasto dentro do serviço de saúde para atendimento de pré-natal; as facilidades de estacionamento do serviço de saúde; as condições da sala de espera e da sala de exames do consultório do serviço de saúde; a disponibilidade para agendar consultas de pré-natal de acordo com a disponibilidade da gestante; a facilidade para reagendar consultas de pré-natal; a facilidade de agendamento no início do pré-natal; a recomendação de todos os exames de pré-natal e número de consultas de pré-natal realizadas, durante os primeiros seis a sete meses de gravidez (OMAR; SCHIFFMAN; BINGHAM, 2001).

Os aspectos citados acima são propostos por Omar, Schiffman e Bingham (2001), entretanto, existem outros aspectos relacionados às características dos sistemas que interferem na satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal, que são: tempo prolongado de espera pelo atendimento, superlotação da clínica no período da manhã, serviços laboratoriais ruins (CHEMIR; ALEMSEGED; WORKNEH, 2014).

Para minimizar a insatisfação relacionada às características dos sistemas, possíveis sugestões foram registradas em um estudo realizado na África cujo objetivo foi avaliar a satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal. Tais sugestões foram: minimizar o tempo de espera, proporcionar um local adequado para espera do atendimento, melhorar o sistema de ventilação do consultório e sala de espera (CHEMIR; ALEMSEGED; WORKNEH, 2014). Outras medidas seriam a melhoria das instalações e redução do tempo de espera do atendimento (NWAEZE et al., 2013).

Vasconcelos-Moura et al. (2014) também identificaram insatisfação relacionada à infraestrutura e a recursos materiais do serviço de pré-natal em um hospital no Rio de Janeiro, Brasil, ao registrarem relatos das gestantes quanto à falta de equipamentos, materiais e estrutura física apropriada. Quanto à infraestrutura dos serviços de saúde, Srivastava et al. (2015) identificaram que aspectos relacionados a limpeza, aos bons serviços de limpeza e à manutenção da higiene atuaram como determinantes da satisfação materna. Em contrapartida, Mejía et al. (2014) identificaram altos níveis de satisfação das gestantes com a aparência física dos serviços de saúde quanto a aspectos relacionados à limpeza, organização, ventilação, iluminação e ao conforto.

Para atestar o excessivo tempo de espera nos serviços de atendimento pré-natal, Esimai e Omoniyi-Esan (2009) registraram em seu estudo realizado na Nigéria que o tempo gasto na clínica foi de 2 horas e 42 minutos, dos quais 1 hora e 40 minutos foi gasta com a enfermeira, 13 minutos na consulta médica e o restante do tempo gasto entre serviços laboratoriais e de registro (ESIMAI;

OMONIYI-ESAN, 2009). Sufiyan, Umar e Shugaba (2013) identificaram que o tempo médio de espera para encontrar o profissional do cuidado pré-natal para 85% das gestantes foi maior que 60 minutos, para 9,8% das gestantes o tempo de espera variou de 31 a 60 minutos e apenas 6,2% esperaram menos de 30 minutos.

Outros aspectos que influenciaram a satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal foram citados em um estudo realizado no Egito por Montasser et al. (2012) que são: longo tempo de espera, profissionais de saúde com atitudes inadequadas. Sunil et al. (2010) relataram que as barreiras referentes ao serviço representam o fator mais importante que influencia na decisão quando se inicia o atendimento pré-natal. Os autores citaram como possíveis barreiras: não ter assistência, ter de esperar muito tempo para obter uma consulta e ter de esperar muito tempo na sala de espera para receber atendimento médico ou da enfermeira.

O longo tempo de espera identificada nos estudos justifica o fato de serem tomadas medidas em relação ao tempo de espera, a fim de melhorar a satisfação entre as gestantes dos serviços públicos, bem como incentivar consultas precoces e frequentes (PHALADI-DIGAMELA, 2014). Uma pesquisa realizada na região Nordeste do Brasil (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014) identificou por meio de relatos de gestantes alguns aspectos que podem influenciar no nível de satisfação com o cuidado pré-natal, os quais foram: dificuldade de acesso às consultas de pré-natal provocada pelo número limitado de senhas de atendimento levando à necessidade de chegar à unidade às cinco horas da madrugada; problemas relacionados ao longo tempo de espera pelo atendimento.

O fato de ter de chegar à UBSs, antes mesmo do horário de funcionamento do serviço de saúde para garantir uma consulta de pré-natal, foi referido por praticamente todas as gestantes participantes do estudo realizado por Silva, Andrade e Bosi (2014). Foi constatado que tal situação contribuiu como uma ameaça à continuidade da assistência, sendo que algumas demonstraram insatisfação com o cuidado pré-natal devido a tal situação (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014).

Ao levar em consideração o tempo de espera pela consulta de pré-natal como influenciador do nível de satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal, pode-se considerar também o tempo de duração da consulta de pré-natal. O estudo de Srivastava et al. (2015) destaca que a duração da consulta de pré-natal atuou como um preditor significativo da satisfação materna em estudos realizados em vários países, como Bangladesh, China, Vietnã, Nigéria, Índia, Iraã e Gâmbia (SRIVASTAVA et al., 2015).

A dificuldade de acesso funcional, o descumprimento dos horários de funcionamento e a falta de profissionais de saúde afetam a assistência pré-natal e ameaçam o direito à saúde das gestantes (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014). Um estudo realizado por Silva, Andrade, Bosi (2014) demonstrou que o acolhimento, o trabalho educacional em saúde e o cuidado humanizado desenvolvidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) pesquisada nesse estudo garantiram entre os profissionais de saúde e as

usuárias uma relação dialógica, ou seja, apresentou estratégia fundamental para garantia de uma assistência de qualidade e integral (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014).

Em um estudo realizado no Iraque por Shabila et al. (2014), foram avaliadas as opiniões e experiências das gestantes em relação aos cuidados de pré-natais, sendo constatados diferentes padrões e tipos de problemas que se relacionaram à inadequada disposição de informações, falta de comunicação interpessoal, má utilização dos serviços e preferência geral na utilização dos serviços privados.

Em relação ao aspecto da quantidade de consultas de pré-natal relacionado à satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal, pode-se citar o estudo realizado por Al-Ateeq e Al-Rusaie (2015). Nesse estudo os autores relataram que as gestantes realizam a primeira consulta de pré-natal após 21 semanas ou quando a gestação torna-se evidente. As razões registradas incluíram a vergonha relacionada ao número demasiado de gestações ou estar acima dos 40 anos, razões relacionadas aos serviços e à má qualidade do cuidado. Outra consideração importante quanto ao número de consultas de pré-natal revelou que gestantes multiparas e mais velhas preferiam menos consultas de pré-natal como resultado da experiência que tiveram durante gestações anteriores (AL-ATEEQ; AL-RUSAIESS, 2015).

Aspectos que influenciam a satisfação da gestante com o cuidado pré-natal quanto às características dos serviços, informação do profissional, relações interpessoais entre profissional-paciente foram identificados por meio de relatos quanto à necessidade de melhora do sistema de ventilação do espaço físico do consultório médico e sala de espera; redução do tempo de espera para consulta médica; necessidade de informações e atenção por parte do profissional (CHEMIR; ALEMSEGED; WORKNEH, 2014).

Ao considerar as características dos sistemas, alguns estudos descreveram que a falta de recursos humanos (profissionais capacitados e treinados para o bom atendimento da mulher) e a falta de infraestrutura adequada (planta física adequada, equipamentos disponíveis para o exame da gestante, medicamentos básicos e outros) comprometeram a qualidade da assistência durante o pré-natal e expuseram a gestação, o parto e puerpério a riscos e consequências adversas (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Portanto, a fim de melhorar a assistência pré-natal, recomenda-se que os gestores e profissionais de saúde prestadores dos cuidados de saúde prestem maior atenção às características do ambiente de cuidados pré-natais, tais como: acessibilidade, tempo de espera, disponibilidade de serviços de apoio, ao invés de concentrarem toda a atenção apenas à medicalização da gestante e à capacitação técnica dos profissionais (HANDLER, 2003).

Finalizada a apresentação dos fatores que influenciam a expectativa e a satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal fundamentada na construção da versão original do instrumento

PESPC de Omar, Schiffman e Bingham (2001), é pertinente destacar outros fatores influenciadores que foram identificados em outros estudos, a saber: a oferta da assistência pré-natal em grupo ou individual (padrão) (RUIZ-MIRAZO; LOPEZ-YARTO; MCDONALD, 2012; THIELEN, 2012; ANDERSSON; CHRISTENSSON; HILDINGSSON, 2013; CUNNINGHAM et al., 2016; MAZZONI; CARTER, 2016), a realização do pré-natal pelo sistema público ou privado (JALLOW et al., 2012; MOONESAR; VEL, 2012), a realização do pré-natal no contexto urbano ou rural (TRAN et al., 2012; ÁVILA et al., 2014) e a realização do pré-natal com oferta de cuidados pré-natais virtuais (PFLUGEISEN; MOU, 2017).

Em relação à modalidade de assistência pré-natal em grupo, essa é realizada por profissionais de saúde capacitados que podem oferecer esse tipo de assistência como uma alternativa a ser prestada às gestantes, no contexto de uma investigação rigorosa, de acordo com a preferência das gestantes e com a disponibilidade de infraestrutura e recursos (OMS, 2016). Em um estudo realizado no Irã por Doaee et al. (2013), foi identificado que 71% (489) das gestantes entrevistadas relataram preferir o grupo de pré-natal.

Jafari et al. (2010) realizaram um estudo de ensaio clínico controlado randomizado no Irã com 678 mulheres, sendo 344 pertencentes à assistência pré-natal em grupo e 334 à assistência pré-natal individual e demonstraram vários benefícios quanto à realização do cuidado pré-natal em grupo. Por exemplo, os autores identificaram que as mulheres do modelo de pré-natal em grupo ficaram mais satisfeitas do que as mulheres do modelo pré-natal individual quanto à informação, comunicação, coordenação e qualidade do atendimento. As mulheres que realizaram o pré-natal em grupo foram significativamente mais propensas a terem cuidados pré-natais adequados do que as mulheres que receberam uma assistência individual (OR = 1,35; IC 95% = 1,26-1,44).

Outro aspecto da realização do cuidado pré-natal em grupo é que as mulheres são valorizadas pelo conhecimento e experiências que compartilham no grupo, ganhando confiança para realizar autoavaliação, para a tomada de decisão dos aspectos que envolvem o cuidado, apoiar outras mulheres e assumir a responsabilidade do autocuidado durante a gestação. Esse momento em grupo proporciona também o desenvolvimento de uma rede social de gestantes para apoio emocional e de informação.

Jafari et al. (2010) identificaram que as gestantes do cuidado pré-natal em grupo estavam mais satisfeitas com o tempo de espera do que as gestantes do cuidado individual, pois o modelo de atendimento em grupo ocorria em sessões definidas de 2 horas, implementadas a partir da 16ª a 40ª semana de gravidez, sendo que os grupos iniciavam e terminavam no horário estabelecido, de modo que as gestantes não precisavam aguardar muito tempo, evitando desperdício de tempo.

Outro aspecto que afeta a satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal e que está relacionado com as características do sistema diz respeito ao tipo de serviço, segundo a fonte de pagamento (público ou privado) de acompanhamento de pré-natal (BHAIRY, 2011; ZEIDAN; IDRIS;

BHAIRY, 2011; PHALADI-DIGAMELA, 2014). Em um estudo realizado na África por Zeidan, Idris e Bhairy (2011), os autores identificaram que o nível de satisfação com o pré-natal das gestantes pertencentes ao sistema privado foi quatro vezes superior ao nível de satisfação das gestantes do sistema público (ZEIDAN; IDRIS; BHAIRY, 2011).

Evidências semelhantes foram identificadas por Jallow et al. (2012) em Gâmbia, na África. Nesse estudo os autores constataram que as mulheres que frequentavam os serviços públicos de saúde foram significativamente menos satisfeitas do que aquelas que frequentavam os serviços privados. Tal aspecto foi influenciado por queixas relacionadas ao ambiente físico, processo técnico e fornecimento de informações. Nesse estudo, os autores constaram 97,9% de satisfação com o cuidado pré-natal dos serviços prestados no setor privado contra 79,9% do setor público. Nesse estudo as gestantes do setor privado relataram ter recebido maior atenção do profissional, foram submetidas a menores tempos de espera e passaram maior tempo com o profissional. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo realizado em Northern Trinidad (Caribe) por Moonesar e Vel (2012), o qual constataram prevalência do nível de satisfação no setor privado (85,4%) e satisfação inferior no setor público (75,6%).

Ainda quanto à influência do tipo de serviço (público ou privado), Obamiro (2010) comprovou que as unidades de saúde com financiamento público possuem longos tempos de espera, o que desestimula a utilização precoce dos serviços de saúde. Na África do Sul, esses longos tempos de espera são agravados pelo fato de que o pré-natal público é oferecido apenas em dias específicos, gerando superlotação em dias específicos. Portanto, com o intuito de melhorar a atenção pré-natal, os profissionais de saúde devem prestar maior atenção às características do ambiente de cuidado pré-natal, tais como: acessibilidade, tempo de espera e a disponibilidade de serviços auxiliares.

Em relação ao fator ligado ao contexto urbano ou rural como aspecto influenciador da satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal, pode-se citar o estudo realizado por Ávilla et al. (2014) em Cartagena, na Colômbia. Os autores, ao avaliarem os fatores associados à satisfação das usuárias do cuidado pré-natal das instituições públicas de saúde de nível primário em Cartagena, identificaram por meio de análise bivariada entre a satisfação das usuárias e algumas variáveis sociodemográficas a relação existente entre algumas delas. Dentre as variáveis testadas, a variável referente a proceder de uma área urbana se associou a uma maior probabilidade de que as usuárias estivessem mais satisfeitas com: a atenção recebida pelo profissional de saúde (OR = 3,79; IC 95% = 2,30-6,25), a informação recebida durante o processo de atenção (OR = 1,76; IC 95% = 1,00-3,09) e o tempo de espera para serem atendidas (OR = 2,60; IC 95% = 1,64-4,13).

Outro aspecto que afeta a satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal e que está relacionado com as características do sistema diz respeito ao modelo de atendimento pré-natal com a oferta de cuidados virtuais por videoconferência e que foi avaliado por Pflugeisen e Mou (2017), nos

EUA. Nesse estudo o objetivo foi comparar a satisfação das pacientes que realizaram parte das consultas de pré-natal por videoconferência em comparação com aquelas que recebem de 12 a 24 consultas presenciais com o médico ou parteira nos moldes tradicionais. Os autores constataram que as participantes de ambos os modelos de atendimento apresentaram alto nível de satisfação com o cuidado, entretanto, aquelas que haviam selecionado o modelo de cuidados virtuais relataram uma pontuação médica significativamente maior. Foi identificado, também, que o modelo dos cuidados virtuais foi selecionado por um número significativamente maior de mulheres que já possuíam filhos do que pelas gestantes que estavam vivenciando a gestação pela primeira vez.

Além desses, o estudo de revisão da literatura realizado por Srivastava et al. (2015) acrescenta que existe um grande espectro de determinantes que influenciam a satisfação materna e que de acordo com o Donabedian são separadas por estrutura, processo e resultado, além de determinantes de acesso e socioeconômicos. Os autores desse estudo apresentaram como fatores determinantes da satisfação materna os seguintes aspectos: estrutura (ambiente físico, limpeza, disponibilidade e adequação dos recursos humanos, disponibilidade de medicamentos, suprimentos e serviços); Processo (prontidão dos cuidados, comportamento interpessoal, privacidade, percepção de bom cuidado ou competência do profissional de saúde, apoio cognitivo, suporte emocional, preferência para profissionais do sexo feminino); Resultado (resultado da entrega); Outros (conveniência de acesso, custo dos cuidados, características maternas, determinantes socioeconômicos e culturais).

1.1.2 Atenção Primária à Saúde (APS)

A conferência de Alma-Ata definiu a Atenção Primária à Saúde como “cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação”. Dessa definição emergiram, naquele momento, elementos essenciais da APS: a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares. Principalmente, aponta para a saúde como expressão de direito humano (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1979, p. 14).

Para classificar uma APS de qualidade, é necessária a operacionalização de sete atributos essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural) e três papéis (a resolatividade, a coordenação e a responsabilização) (BRASIL, 2015).

Em relação aos sete atributos essenciais, pode-se exemplificá-los como sendo: o primeiro contato é representado pela acessibilidade e pela utilização dos serviços de saúde para cada situação que seja caracterizada como um novo problema; a longitudinalidade é caracterizada pelo acompanhamento contínuo de cuidados fornecidos pela equipe de profissionais de saúde e que envolve o estabelecimento de relações de confiança entre os profissionais de saúde e a família; a integralidade é representada pela assistência dada à população, envolvendo o oferecimento de uma assistência de promoção, prevenção e reabilitação, capacitada a identificar problemas biológicos, psicológicos e/ou sociais; a coordenação denota a capacidade de assegurar a continuidade da assistência com a detecção de problemas que demandem um acompanhamento continuado por parte dos profissionais de saúde integrantes das equipes de saúde; a focalização na família é representada pelo estabelecimento de que a família é o foco da atenção; a orientação comunitária é representada pela detecção das necessidades gerais das famílias, sejam elas de caráter físico, econômico ou social (análise situacional); a competência cultural é caracterizada pela relação horizontal estabelecida entre a equipe de profissionais de saúde e a população, que respeite as particularidades culturais, pessoais e familiares (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2015).

Em relação aos três papéis, pode-se exemplificá-los como sendo: resolutividade significa o ato de ser resolutivo, capacitado, ou seja, ter a capacidade de atender a 90% a demanda da APS; coordenação representa a função da APS em ser o elo de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RASs), ou seja, ter a capacidade de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, informações entre os diversos componentes das redes; a responsabilização representa o conhecimento e relacionamento nos microterritórios sanitários, da população adscrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação à população definida (MENDES, 2002).

O modelo de atenção da APS preconiza que a assistência seja focalizada na família, ou seja, estabelece a família como o foco principal da atenção. Tal determinação atribui aos profissionais de saúde pertencentes às equipes da APS a implementação de ações e estratégias que tenham como meta contribuir para a promoção de uma interação entre eles e a família. Para o estabelecimento dessa interação há necessidade de empenho por partes dos profissionais de saúde das equipes da APS no sentido de se tornarem conhecedores das necessidades e problemas de saúde das famílias, bem como as maneiras de realizar a abordagem a elas (BRASIL, 2015).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde é denominada como Atenção Básica à Saúde, sendo caracterizada por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, e que abrange a implementação de ações e estratégias de saúde com atenção especial para a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da

saúde. Seu objetivo é desenvolver e garantir uma atenção integral a saúde da população que possa repercutir na situação de saúde da mesma, em sua autonomia, bem como nos determinantes e condicionantes da saúde (BRASIL, 2012).

A Atenção Básica de Saúde (ABS) é desenvolvida pelo trabalho em equipe dos profissionais de saúde por meio da implementação de ações e estratégias de cuidados e gestão que devem ser democráticas e participativas, direcionadas à população definida (BRASIL, 2012). Nela são utilizadas tecnologias de cuidado que devem auxiliar na demanda e nas necessidades de saúde da população pertencente ao seu território. A ABS deve ser a porta de entrada da população e o elo de comunicação com as Redes de Atenção à Saúde (RAS), ou seja, deve ser o contato preferencial dos usuários (BRASIL, 2012). Os princípios que fundamentam o funcionamento adequado da ABS são: universalidade, acessibilidade, o vínculo, continuidade do cuidado, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

Em relação à Organização de RAS, são consideradas como ações e estratégias de saúde direcionadas para a garantia da promoção do cuidado integral, bem como para direcionamento das necessidades de saúde da população. É constituída por ações e serviços de saúde com diferentes enfoques tecnológicos e assistenciais que funcionam de forma integrada com o objetivo de complementar a assistência prestada (BRASIL, 2012).

Quanto ao modelo de atendimento, no Brasil, existem diferentes modelos de estruturação da APS. Existe o modelo tradicional em que os profissionais de saúde, exemplo, médicos e enfermeiros generalistas sem formação específica em saúde da família prestam atendimento a uma população com ênfase em consultas médicas e de enfermagem. Há também o modelo de medicina de família e comunidade, que tem como referência os modelos europeus e canadenses. Nesse modelo de atendimento há o predomínio do cuidado centralizado por meio de consultas médicas ofertadas por profissionais de saúde com pós-graduação em medicina da família e da comunidade. No modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF), o cuidado primário é ofertado a uma população adscrita ao serviço por uma equipe multiprofissional, que trabalha de forma interdisciplinar promovendo atendimentos individuais e em grupo. Há ainda modelos mistos que integram atividades e funções de diferentes modelos em uma única equipe de saúde da família (STARFIELD, 2002).

O modelo de atenção ESF teve grande expansão nos últimos anos, em todo o território nacional (FAUSTO, 2014; MALTA et al., 2016), devido ao importante apoio do MS por considerar o funcionamento das ESFs como uma importante estratégia de prioridade para a estruturação da ABS, bem como por considera-la a principal porta de entrada da população ao SUS. A ESF exerce um papel fundamental no primeiro contato, na longitudinalidade e na coordenação do cuidado, uma vez que sua

operacionalização serve de base para a estruturação das RAS, bem como deve contar com um suporte dos serviços de diagnóstico, assistência especializada e hospitalar (FAUSTO, 2014).

É pertinente destacar que a ESF e os modelos tradicionais de APS possuem opções de políticas de cuidados primários totalmente distintos (MENDES, 2012). Starfield (2002) destaca que existem evidências amplas e robustas acerca da superioridade da assistência prestada pela ESF em relação aos outros modelos alternativos de APS em nosso país. As pessoas buscam a atenção na APS por diversos motivos: uma solicitação burocrática, um anseio, um desconforto psicológico, o medo de uma doença, uma informação técnica, a necessidade de discutir situações ligadas a questões não biomédicas, além de sinais, sintomas de doenças estabelecidas (LANDSBERG et al., 2012).

Em decorrência da redução do perfil da demanda, há uma estrutura de oferta composta por consultas médicas, consultas de enfermagem, trabalhos em grupo (frequentemente palestras), vacinação, rastreamento de câncer de colo de útero, visitas domiciliares, dispensação de medicamentos, solicitação, coleta e/ou realização de exames complementares e fornecimento de atestados médicos (BRASIL, 2015). Essa estrutura de oferta só é capaz de responder integralmente às demandas por condições agudas e condições crônicas agudizadas e de responder parcialmente às demandas por atenção preventiva, por demandas administrativas e por atenção domiciliar, mas não tem capacidade de responder às demandas por condições crônicas não agudizadas, por problemas gerais e inespecíficos, por enfermidades, por atenção a pessoas hiperutilizadoras e por autocuidado apoiado (BRASIL, 2015).

Apesar de ter o conhecimento de que a construção social da APS implica uma coerência entre a estrutura da demanda e da oferta, observa-se na prática da APS, no SUS, uma estrutura de oferta incapaz de responder socialmente às complexas demandas da população quanto aos cuidados primários (BRASIL, 2015). Nesse contexto, destaca-se a importância do processo de implementação das Redes Temáticas Pactuadas no SUS (BRASIL, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem recomendado a implantação de sistemas integrados ou Redes de Atenção à Saúde (RAS), com a adoção de um modelo de atenção que de fato atenda às necessidades de saúde da população. De acordo com Brasil (2015), após a publicação da Portaria GM/MS nº 4.279/2010 que organiza no SUS as RASs, cinco redes temáticas prioritárias foram pactuadas para serem implantadas nas regiões de saúde do país:

- Rede Cegonha, por meio da Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011;
- Rede de Urgência e Emergência (RUE), por meio da Portaria GM/MS nº 1.600 de 7 de julho de 2011;

- Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas (Raps), pela Portaria GM/MS nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011;
- Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites), Portaria GM/MS nº 793 de 24 de abril de 2012;
- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, Portaria GM/MS n. 483 de 1º de abril de 2014.

Dessas RASs, a Rede Cegonha consiste em uma rede de cuidados que visa a garantir à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. A implementação da Rede Cegonha tem como meta: fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal; possibilitar o fornecimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território. O cumprimento de tais metas dá-se por meio da articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança, a partir das diretrizes estabelecidas (BRASIL, 2015).

A organização da Rede Cegonha se dá a partir de quatro componentes: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; Sistema Logístico (BRASIL, 2015). Destes, o componente Pré-Natal é fundamental para a organização da rede e é responsabilidade da APS, que tem como meta coordenar o cuidado e ser o elo de comunicação de qualquer rede temática. As equipes da APS tem o papel de realizar a estratificação de risco e vulnerabilidade, bem como vincular a gestante aos pontos de atenção, de acordo com a situação. A rede preconiza que toda gestante deve realizar as consultas de pré-natal em uma UBS, bem com ter assegurada a prescrição de exames determinados pelo protocolo e estar vinculada a uma maternidade durante o período da gestação (BRASIL, 2015).

Portanto, é possível observar que se faz necessária uma ação mais ousada, efetiva, coesa, para transformar a atenção básica (entendida como cuidados básicos de saúde) em Atenção Primária à Saúde, (atenção complexa e a porta preferencial do cidadão no sistema de saúde) de forma que seja considerada uma atenção de qualidade e resolutiva (BRASIL, 2015).

1.1.3 Avaliação de Serviços de Saúde

A Avaliação dos Serviços de Saúde no Brasil tem sido incentivada por meio de diversas políticas públicas de saúde e práticas em serviços (CARVALHO, 2004) e ganhando destaque entre as ações de planejamento e gestão de práticas de saúde (BOSI; UCHIMURA, 2007). Para melhor

compreensão do termo avaliação, buscaram-se na literatura científica definições defendidas em alguns estudos, sendo identificado o estudo de Bosi (2006), Pisco (2006) e Takeda e Yves (2006).

Para Bosi (2006), avaliar significa emitir um julgamento de valor sobre o objeto avaliado, permitindo o conhecimento da realidade ali existente, comparando ao ideal, conforme interesses, efetividade, operacionalidade, qualidade, tecnologias, serviços ou programas de saúde. Tal consideração permite descrever que a avaliação dos serviços de saúde caracteriza-se como uma importante estratégia de pesquisa que visa à compreensão dos programas e serviços oferecidos, apresentando intervenções para a melhoria da atenção prestada e permitindo assim uma contínua atualização dos profissionais de saúde envolvidos (KLEIN et al., 2015).

Para Pisco (2006), a avaliação é considerada um poderoso instrumento de mudança e que não deve ser encarada como algo ameaçador. A avaliação deve ser percebida como uma oportunidade incentivadora para que os diversos serviços de saúde desempenhem padrões mínimos de qualidade. Para esse autor, o objetivo das políticas de avaliação e melhoria de qualidade não deve estar focado apenas em identificar os problemas, nem propor soluções para tais problemas identificados. Essas políticas devem desencadear mudanças adequadas que promovam a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O objetivo deve ser identificar, avaliar, corrigir situações que possuem potencial para serem melhoradas. Esse autor acrescenta que a avaliação significa diagnosticar uma realidade com o propósito de realizar intervenções, ou seja, realizar o diagnóstico para que por meio dele haja uma mudança da realidade, promovendo assim o seu aperfeiçoamento.

Para Takeda e Yves (2006), o termo avaliar equivale a uma responsabilidade que deve ser institucionalizada pelas instituições no sentido de incorporá-las ao sistema. Tal incorporação irá possibilitar o monitoramento da capacidade dos serviços de saúde em atender às necessidades de saúde; acompanhar os efeitos das intervenções; constatar e corrigir problemas detectados fornecendo um *feedback* às equipes de saúde, aos gestores, aos políticos e às comunidades.

Os autores descreveram que o ato de possibilitar a avaliação é uma forma de permitir a participação, construção e aperfeiçoamento do SUS. É considerado também um processo em que ocorrem aprendizagem e controle social, uma vez que possibilita a oportunidade de diferentes atores, como exemplo: profissionais de saúde, gestores, políticos, população, instituições, de participarem da configuração que se pretende dar ao SUS (TAKEDA; YVES, 2006). Gouvea (2009) acrescenta que a avaliação do sistema de saúde pode ser considerada como uma necessidade urgente frente o compromisso com a solução de problemas sociais. Esse autor destaca que a necessidade de avaliação é fundamentada na importância de se conhecer em que medida o sistema de saúde está cumprindo a sua função com a sociedade como um todo (GOUVEA, 2009).

A avaliação dos serviços tem com meta zelar pela qualidade do atendimento. Para uma melhor compreensão sobre a amplitude deste termo, Vuori (1989) define que a qualidade está relacionada a um amplo conjunto de características desejáveis para o oferecimento do cuidado e que envolve aspectos como: efetividade, equidade, aceitabilidade, acessibilidade e adequabilidade.

Ao levar em consideração a avaliação da APS, pode-se apresentar o Modelo de Donabedian (2003), o qual desenvolveu um modelo para dar sustentação à avaliação da qualidade em saúde fundamentada na tríade: estrutura, processos e resultados. As reflexões de Donabedian foram baseadas a partir do cuidado médico ou de saúde prestado individualmente e dentro das perspectivas da garantia de qualidade, isto é, a partir do monitoramento do desempenho clínico para melhorar a qualidade (BRASIL, 2015).

Ao levar em consideração a tríade (estrutura, processo e resultados), proposta no Modelo de Donabedian (DONABEDIAN, 1978) para a avaliação da qualidade em saúde, pode-se exemplificar cada aspecto da seguinte forma: estrutura é representada pelas características dos recursos físicos (instalações), humanos, materiais e financeiros que se empregam na atenção médica; processo é representado pelas atividades dos serviços de atenção médica e prevê a análise da competência médica no tratamento dos problemas de saúde, ou seja, avalia o que é realizado para o paciente em relação a sua doença; resultado é representado pela avaliação do estado de saúde do indivíduo e da população como desfecho da interação ou não com os serviços de saúde (DONABEDIAN, 1978). Portanto, no intuito de se compreender melhor o desempenho dos serviços de saúde, torna-se primordial conhecer como funcionam tais serviços, bem como a real participação da sociedade e os aspectos positivos e negativos que se refletem na esfera individual e coletiva (PEDRAZA, 2011).

Para melhor compreensão sobre a evolução das avaliações de serviços de saúde, convém apresentar alguns aspectos históricos ocorridos no Brasil relacionados a esta temática. Na década de 1990, após a promulgação da Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990), que deliberou a participação da comunidade na gestão do SUS, através da promoção do controle social em nível local, a mensuração da satisfação do usuário assume um papel importante no Brasil, passando a ser priorizada em grande parte das instituições, como forma de compreensão das necessidades dos usuários (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

No Brasil, as formas de avaliação dos serviços de saúde foram iniciadas pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), o qual originou o Programa de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), desenvolvido a partir de 1998. Em 2004, o PNASH foi ampliado, possibilitando a avaliação da totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, contemplados por recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde (MS). A avaliação estabelecida refere-se a dimensões de estrutura, processo, resultado,

produção do cuidado, gerenciamento de riscos e satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido.

Em 2006, o MS lançou a Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), nos diferentes níveis de atendimento, identificando a satisfação e a percepção dos usuários como componentes da avaliação do sistema. Com isso, propiciou ao usuário a oportunidade de expressar sua opinião sobre as políticas de saúde e avaliar o atendimento recebido, destacando os pontos críticos do sistema, a fim de possibilitar aos gestores analisar e sanar os problemas encontrados (BRASIL, 2006). Foi iniciado um incentivo às pesquisas de avaliação da satisfação do paciente, entendida como uma forma eficiente de se avaliar a qualidade do serviço e do atendimento, cujas informações podem servir para analisar a estrutura oferecida, os processos executados e os resultados alcançados (TURRINI, 2001).

Ferraz et al. (2013) acrescentaram que a opinião do usuário pode ser considerada como um indicador da qualidade dos serviços de saúde, fato pelo qual pode contribuir de maneira eficaz para melhoria da adequação dos serviços de saúde às necessidades da população de determinado território. Para Mishima et al. (2010), a satisfação do usuário é um potente indicador de resultado para avaliação dos serviços de saúde, ao levar em consideração que a abordagem da qualidade dos serviços de saúde tem desencadeado um reconhecimento técnico na perspectiva do usuário. Por isso o conhecimento da percepção dos usuários quanto ao atendimento ofertado a eles é considerado fundamental, para que os profissionais possam repensar suas práticas, bem como a organização dos serviços.

Em 2015, foi publicada a Portaria nº 28 de 8 de junho de 2015, o qual reformula o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) que tem como objetivo geral avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e à satisfação dos cidadãos frente aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Busca uma compreensão mais completa e abrangente possível da realidade, em suas diferentes dimensões, com o propósito de alcançar resolubilidade e qualidade. Tal portaria prevê ainda a possibilidade do MS firmar termo de cooperação com Instituições de Ensino Superior Federal para a aplicação dos instrumentos avaliativos do PNASS (BRASIL, 2015).

Dentre os objetivos específicos do PNASS, está a aferição da satisfação dos usuários do SUS, conhecer as condições e relações de trabalho dos profissionais nos estabelecimentos de saúde, identificar oportunidades e possibilidades de melhorias e disponibilizar os resultados para conhecimento público. A execução do PNASS é realizada por meio de instrumentos avaliativos, como roteiros de verificação e questionários de pesquisa, estabelecidos pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS) que avaliarão os estabelecimentos de atenção

especializada em saúde, ambulatorial e hospitalar, quanto às seguintes dimensões de estrutura, processos de trabalho, resultados relacionados ao risco e satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido.

De acordo com o PNASS (2015), a avaliação dos serviços de saúde constitui um aspecto essencial a ser utilizado no planejamento e na gestão dos sistemas de saúde. A avaliação envolve a investigação de quatro componentes: 1) avaliação da estrutura, referente à adequação dos recursos físicos, humanos e organizacionais (comitês, protocolos assistenciais etc.); 2) avaliação dos processos de trabalho nas áreas de gestão, serviços de apoio e serviços assistenciais, como a organização e documentação, protocolos, normas e rotinas; 3) avaliação dos resultados que verifica o impacto da assistência prestada na situação de saúde, conhecimento e comportamento do paciente, incluindo os indicadores epidemiológicos; 4) avaliação da satisfação dos pacientes em relação ao atendimento recebido e dos profissionais responsáveis por estes serviços em relação aos seus ambientes de trabalho (BRASIL, 2015).

Portanto, a avaliação da satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido é caracterizada como um produto de um conjunto de percepções e de experiências vivenciadas por ele, sendo conceituada e percebida de diferentes formas, de acordo com cada indivíduo. É um tipo de avaliação que tem sido utilizada como uma forma de avaliação da qualidade dos serviços (WARE et al., 1983; ROSENTHAL, 1997; TURRINI, 2001), uma vez que fornece oportunidades de melhoria (AL-ABRI; AL-BALUSHI, 2014).

1.1.3.1 Avaliação do cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde no Brasil

A busca por estudos de avaliação do pré-natal na Atenção Primária de Saúde (APS) nas Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Brasil resultou em estudos que avaliaram a assistência pré-natal a partir de parâmetros de indicadores de serviços, qualidade da assistência e percepção da gestante. A seguir são apresentadas breves descrições de alguns estudos realizados com o enfoque anteriormente mencionado.

Oliveira et al. (2013) realizaram um estudo em Botucatu, no Estado de São Paulo, Brasil. Os autores avaliaram a qualidade do cuidado pré-natal desenvolvido na Atenção Primária à Saúde comparando dois modelos de atendimento: Modelo tradicional (Unidades Básicas de Saúde) e o Modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF). Tal avaliação foi fundamentada no referencial teórico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, em específico na linha de cuidado das gestantes, os pressupostos do Programa de Humanização do Pré-natal, Parto e Nascimento (PHPN), o Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério. O referencial metodológico adotado foi o Modelo de

Donabedian com enfoque no processo. Foram utilizadas entrevistas com gerentes, observação nas unidades de saúde e análise de prontuários de gestantes que foram selecionadas aleatoriamente. Os resultados constatarem um desempenho deficiente em ambos os serviços de atenção pré-natal, embora tenha sido identificado um desempenho um pouco melhor nas ESFs. Os resultados indicaram a necessidade de ações para melhoria da atenção pré-natal nos dois modelos de atenção básica no município avaliado (OLIVEIRA et al., 2013).

Os autores destacam a responsabilidade dos gestores em realizarem intervenções como: incentivo às enfermeiras de UBS para realização de consultas de pré-natal de baixo risco; ações para a conscientização dos profissionais quanto à importância do registro nos prontuários; a ampliação de atividades educativas em grupo e a criação de uma proposta de educação permanente para os profissionais que atuam na APS, buscando, assim, garantir a efetiva realização de procedimentos básicos, preconizados pelo MS e pela Secretaria Estadual e Municipal e essencial para o cuidado pré-natal (OLIVEIRA et al., 2013).

Cardelli et al. (2016) realizaram um estudo de abordagem qualitativa em Londrina, Estado do Paraná, no Brasil. Nesse estudo os autores analisaram a percepção de 18 mulheres primíparas sobre o cuidado pré-natal em Unidades Básicas de Saúde na região Sul do Brasil, utilizando como questão norteadora do estudo: Como tem sido o cuidado pré-natal para você? Como resultado foi identificado que as gestantes apreenderam o cuidado pré-natal como momento essencial para gravidez segura, embora centrado na figura do médico. Foi identificada insatisfação quanto ao acolhimento na entrada à unidade de saúde até o acesso às consultas, bem como o recebimento insuficiente de orientações. Os autores concluíram que o CPN não atendeu às expectativas específicas do grupo participante do estudo, demonstrando que o enfermeiro não supriu tais expectativas das gestantes enquanto membro integrante da equipe multiprofissional.

Silva, Andrade e Bosi (2014) realizaram um estudo em um município da região Nordeste do Brasil cujo objetivo foi analisar o acesso e o acolhimento no cuidado pré-natal sob a ótica das usuárias na Atenção Básica de Saúde. Foram selecionadas 13 gestantes por meio de entrevistas e realizada uma análise de discurso. Os autores destacaram a importância da utilização de tecnologias leves como aquelas produzidas no trabalho e que compreendem as relações de interações interpessoais. A implementação de tecnologias leves implica em produzir acolhimento, vínculo e responsabilização. Os resultados permitiram concluir que o acolhimento durante o acompanhamento de pré-natal não é limitado à recepção da gestante à porta de entrada dos serviços de saúde e sim envolve noções de acolhimento, capacidade de escuta e comunicação e humanização do cuidado. Os autores finalizaram recomendando a necessidade de desenvolvimento dos processos de trabalho durante o acompanhamento de pré-natal fundamentado no acolhimento.

Corrêa et al. (2014) realizaram um estudo no município de São Paulo, Brasil, cujo objetivo foi analisar a assistência pré-natal em uma unidade Estratégia Saúde da Família, de acordo com os indicadores do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Os autores realizaram comparação entre a adequação do pré-natal com as variáveis sociodemográficas, procedimentos, exames e desfechos maternos e perinatais. Para realização desse estudo, selecionaram 308 gestantes e identificaram como resultados: 82,1% de início precoce do pré-natal, 84,1% de, no mínimo, seis consultas de pré-natal realizadas, 89% de consultas puerperais realizadas. Os autores identificaram que apesar de o pré-natal ter sido considerado adequado para 67,9%, foram constatadas deficiências, especialmente as relacionadas aos procedimentos, exames e imunização. Os achados possibilitaram concluir que as diferenças detectadas reforçam a importância de se assegurar um pré-natal que atenda aos critérios determinados pelo PHPN.

Um estudo realizado em Goiânia (Brasil) por Costa et al. (2013) avaliou as características do atendimento pré-natal na rede de Atenção Básica à Saúde por meio de entrevista estruturada. Nesse estudo foram identificadas inadequações relacionadas ao início tardio do pré-natal, à realização da ultrassonografia e à baixa participação em atividades educativas. Outros achados foram: índice de Kessner indicou baixo nível de adequação do pré-natal, necessidade de promoção de intervenções em saúde para melhorar o acesso precoce das gestantes ao pré-natal e monitoramento do cumprimento dos protocolos assistenciais, a fim de assegurar uma prática assistencial segura à saúde materna.

Fonseca, Pádua e Neto (2011) realizaram um estudo de avaliação da assistência pré-natal com 150 gestantes que realizavam acompanhamento de pré-natal pelo Sistema Único de Saúde em Teresina, no Brasil. A coleta dos dados ocorreu pela aplicação de um questionário, dados do cartão da gestante e do prontuário. Foi identificado que as gestantes iniciaram o pré-natal precocemente, apresentaram número adequado de consultas de pré-natal e necessitaram de um número adequado de exames laboratoriais.

Silva et al. (2013) realizaram um estudo sobre o desenvolvimento e aplicação de um novo instrumento para avaliar o pré-natal com base nas diretrizes do Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento do MS, inserindo elementos quanti-qualitativos distribuídos segundo a tríade avaliativa de infraestrutura, processo de trabalho e resultados. O estudo foi desenvolvido com 238 usuárias em 44 serviços da APS em João Pessoa, no Brasil. O instrumento composto por 23 questões referentes à infraestrutura, ao processo e aos resultados da assistência pré-natal foi elaborado por pesquisadores. Os resultados identificaram quanto à classificação pelo índice IPR/Pré-natal que o cuidado pré-natal foi classificado em: adequado superior (100% de questões adequadas); adequado ($\geq 75\%$); intermediário (51 a 74%); e inadequado ($\leq 50\%$). O Índice IPR/Pré-Natal foi eficaz na incorporação de elementos quanti-qualitativos para classificação do cuidado pré-natal.

Um estudo realizado em São Paulo (Brasil) com 152 gestantes cadastradas em uma USF identificou que 99% das usuárias demonstraram satisfação com o serviço oferecido. Foram constatados aspectos positivos dentre os quais: 84% das gestantes relataram conhecer o programa; 99% consideraram o atendimento prestado como adequado; 97% relataram conhecer a equipe que presta atendimento; 54% conheceram o hospital referência para o parto; 93% receberam visitas mensais dos agentes comunitários de saúde (ALENCAR et al., 2008).

Portanto, ao levar em consideração a materialização das políticas de saúde do SUS, as equipes de saúde da família devem ser incentivadas e capacitadas a desenvolver uma assistência pré-natal fundamentada no acolhimento. Para isso, devem buscar compreender os muitos significados da gestação para a mulher e sua família. Neste contexto a avaliação qualitativa do pré-natal, na percepção das gestantes, pode proporcionar subsídios para impulsionar e implementar estratégias de saúde que contribuam para a melhor qualidade da atenção obstétrica nos serviços do SUS (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014).

Para a realização de pesquisas de avaliação do cuidado pré-natal nos serviços de saúde da APS, destaca-se a importância de as mesmas serem realizadas por meio de instrumentos validados (STEIN, 2013). Tais pesquisas de avaliação representam uma importante estratégia para identificar as necessidades existentes dos usuários dos serviços, bem como colaborar com o planejamento, implementação de novas ações que visem à melhoria da assistência prestada pelos serviços de saúde.

1.2 Justificativa e relevância do estudo

A avaliação da atenção pré-natal pautada na compreensão da percepção da expectativa e satisfação das usuárias representa uma importante estratégia de avaliação dos serviços de saúde. Tal estratégia possibilita a implementação de novas medidas no intuito de atender às necessidades das usuárias dos serviços, bem como contribui com a melhora do atendimento e qualidade da assistência.

A revisão da literatura acerca da avaliação dos serviços de saúde de pré-natal na percepção das usuárias tem por objetivo melhorar a qualidade da assistência prestada. A realização de pesquisas com este enfoque permitem identificar as fragilidades e potencialidades dos serviços, permitindo assim o planejamento e implementação de ações e estratégias de saúde que contribuam para solucionar tais fragilidades, bem como aperfeiçoar as potencialidades.

Ao definir como objetivo deste estudo a realização da avaliação do cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde sob a ótica da usuária, foi proposto realizar a avaliação da expectativa e satisfação das mesmas em relação do cuidado pré-natal.

Para isto foi realizada uma revisão da literatura científica para buscar instrumentos que fossem considerados válidos e confiáveis para este propósito. Ao levar em consideração que até o presente momento, foi identificado apenas a versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) disponível no Brasil e que as características do instrumento o tornam adequado para a realização de pesquisas de avaliação da expectativa e satisfação da gestante com o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde, o mesmo foi selecionado para a realização deste estudo. A versão brasileira do instrumento PESPC apresentou resultados considerados válidos e confiáveis para a amostra estudada.

A realização deste estudo teve como propósito contribuir para a compreensão da percepção das gestantes quanto aos aspectos que influenciam a expectativa e satisfação das mesmas, com o cuidado pré-natal recebido na APS, no município de Bauru. A mensuração da expectativa e satisfação da gestante com o cuidado pré-natal é uma forma de auxiliar os profissionais de saúde, gestores, coordenadores de saúde no gerenciamento da assistência às gestantes, uma vez que pesquisas com este enfoque possibilitam a identificação das fragilidades a serem superadas e potencialidades a serem fortalecidas. Tal conduta irá contribuir para a promoção de uma assistência integral, segura, humanizada e de qualidade.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a expectativa e satisfação da gestante com o cuidado pré-natal, nos serviços públicos de saúde de atendimento pré-natal no município de Bauru, Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- 1) Identificar o nível de expectativa e satisfação das gestantes dos serviços públicos de saúde dos dois modelos de atendimento, USF e UBS;
- 2) Verificar a associação das variáveis com o constructo expectativa da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC), por meio da realização de testes de associação e regressão logística simples;
- 3) Verificar a associação das variáveis com o constructo satisfação da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC), por meio da realização de testes de associação e regressão logística simples.

3 MÉTODO

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de caráter exploratório, descritivo e transversal, cujo propósito foi avaliar a expectativa e satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal, nos serviços públicos de saúde de atendimento pré-natal, no município de Bauru-SP.

3.2 Período e Local de investigação

O estudo foi realizado no período de janeiro de 2015 a abril de 2016, de segunda a sexta-feira pela pesquisadora principal, no município de Bauru-SP, Estado de São Paulo, o qual abrange uma área territorial total de 667,68 Km² e conta com uma população de 358.619 habitantes (SEADE, 2017).

De acordo com os dados do Relatório de Gestão do Município de Bauru (2013), o município apresentou no ano de 2012 registros de 2.652 gestantes em acompanhamentos de pré-natal, e o resultado alcançado da meta planejada para proporção de mulheres com mais de sete consultas de pré-natal realizadas foi de 74,6%. A ocorrência de partos normais registrados foi de 31,6% e partos cesáreos foi de 68,4%. Segundo o Relatório de Gestão (2013), o município apresentou como meta a ser alcançada a melhora da qualidade da assistência pré-natal, com o objetivo de reduzir consequentemente a morbimortalidade materna.

O município apresenta 24 unidades de serviços públicos de saúde que oferecem atendimento pré-natal, sendo 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS), seis Unidades de Saúde da Família (USF) e um Centro de Referência de Moléstias Infecciosas (CRMI). Para realização do presente estudo, realizou-se a identificação dos serviços públicos de saúde de atendimento pré-natal pela classificação das zonas geográficas do município (norte, sul, leste e oeste).

Após a delimitação dos serviços públicos de saúde pelas zonas geográficas no município de Bauru, alguns serviços foram selecionados estatisticamente para a etapa da coleta de dados, tanto para a etapa do pré-teste quanto para a etapa final, em cada zona geográfica, ou seja, zona norte, zona sul, zona leste e zona oeste.

Figura 1- Locais de coleta de dados em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Bauru, SP, 2017.

Fonte: Secretaria Municipal de Planejamento Urbano de Bauru - Seplan (2013)

3.3 População-alvo e amostra

A população do estudo foi composta por gestantes que frequentavam os serviços públicos de saúde (USF e UBS) de acompanhamento pré-natal vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) do município estudado. Os critérios de inclusão previamente definidos foram: gestantes com faixa etária igual ou maior que 20 anos; idade gestacional referente ao terceiro trimestre; ter realizado, no mínimo, duas consultas de pré-natal no serviço público de saúde avaliado; gestantes que apresentem ou não alguma complicação durante o cuidado pré-natal.

Os cálculos amostrais foram realizados e determinados para cada etapa do trabalho, nos quais foram determinados os seguintes valores para cada etapa: pré-teste ($n = 50$ participantes) e amostra final ($n = 377$ participantes). As amostras foram estratificadas em estratos representativos por tipo de serviço (UBS e USF) e por zonas (norte, sul, leste e oeste), tanto para o pré-teste quanto para a

amostra final. As gestantes foram convidadas a participar da pesquisa enquanto aguardavam a consulta de pré-natal. Aquelas que aceitaram o convite foram orientadas a responder ao instrumento por meio de entrevista individual realizada pela própria pesquisadora em uma sala privativa, no intuito de garantir a privacidade da participante do estudo.

3.4 Coleta dos dados

3.4.1 Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada exclusivamente pela pesquisadora principal deste estudo com o propósito de garantir a padronização no recrutamento das participantes e na forma de coleta dos dados, reduzindo a ocorrência de viés da pesquisa. Os dados de identificação pessoal, caracterização sociodemográfica e obstétrica foram coletados em prontuários. Foram utilizados dois instrumentos: versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) (**ANEXO A**); Para a utilização da versão brasileira do instrumento PESPC, foi solicitada a autorização da autora principal da versão original do instrumento PESPC, Mildred A. Omar (**ANEXO B**). Formulário de identificação, caracterização sociodemográfica e obstétrica (**APÊNDICE A**), conforme descritos a seguir.

3.4.1.1 Versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC)

A versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) foi adaptada e validada por Prudêncio (2012), o qual apresentou valores válidos e confiáveis para os dois domínios do instrumento, expectativa e satisfação.

A versão original do instrumento foi desenvolvida por Mildred A. Omar, Rachel F. Schiffman e C. Raymond Bingham, publicado em 2001, cuja motivação para sua construção se assentou na justificativa de que apesar do tema satisfação do paciente com cuidados de saúde ter sido examinado extensivamente desde a década de 1970 (DAVIES-AVERY; STEWART, 1978; PASCOE, 1983; WARE), os elementos de definição do conceito de satisfação não se apresentavam de forma clara e homogênea entre os pesquisadores. No entanto, os autores reconheciam que havia uma aceitação geral de que o conceito de satisfação do paciente se tratava de um constructo multidimensional (METERKO; RUBIN, 1990; HARRIS et al., 1999; GILL; WHITE, 2009) que incluía a percepção e a atitude do paciente com o cuidado de saúde (LINDER-PELZ; STRUENING, 1985; DYE; WOJTOWYCZ, 1999) e as expectativas do paciente (LA MONICA et al., 1986; VAN CAMPEN et al., 1995).

Os autores partiram da crença de que além das percepções e atitudes, as expectativas dos pacientes para com os serviços precisavam ser consideradas nos processos de avaliação da satisfação dos usuários, visto que a satisfação é influenciada pelas expectativas em relação ao tipo, conteúdo e qualidade dos cuidados que a pessoa recebe (ROBERTS et al., 1998). Para os autores, as mulheres com expectativas altas em relação ao pré-natal poderiam não estar satisfeitas com o cuidado recebido, se suas expectativas não fossem atendidas, enquanto aquelas com baixas expectativas poderiam sentir-se extremamente satisfeitas com uma atenção de modesta qualidade (HANDLER et al., 1998).

Omar, Schiffman e Bingham (2001) reforçaram que, em casos de insatisfação com o cuidado pré-natal, o resultado poderia ser desastroso, como a perda da cliente, utilização reduzida do serviço, prestação de cuidados de saúde menos eficaz e piores resultados no nascimento. Os autores justificaram ainda que a proposta de construção do PESPC surgiu da observação de que os instrumentos que buscavam medir a satisfação de gestantes quanto ao atendimento pré-natal revelavam importantes falhas metodológicas como aquelas relacionadas a questões psicométricas (padronização, validação de escalas), ao conteúdo e especialmente quanto ao momento do processo gestatório de se proceder à medição da satisfação, e que nenhum dos instrumentos existentes focalizava questões sobre as expectativas das gestantes. Tal fato demonstrou a necessidade da construção de um instrumento que fosse válido, eficaz e com boa apresentação psicométrica.

A versão original do instrumento PESPC de Omar, Schiffman e Bingham (2001) foi utilizada nos estudos desenvolvidos por O'Hearn (2006) nos EUA, por Orrantia et al. (2010) no Canadá, por Sword et al. (2012) na Austrália, por Prudêncio (2012) no Brasil, por Heaman et al. (2014) na Austrália e por Galle et al. (2015) na Bélgica.

Em relação à versão brasileira do instrumento PESPC, ela é composta por 41 itens, distribuídos em dois domínios, expectativa e satisfação, e oito subescalas. É uma escala do tipo Likert, com respostas que variam de um (concordo totalmente) a seis (discordo totalmente), sem opção de resposta neutra. O domínio expectativa contempla quatro subescalas que são: cuidado integral, seguimento com o mesmo profissional, cuidado personalizado, outros serviços. O domínio satisfação contempla quatro subescalas que são: informação do profissional, cuidado profissional, interesse da equipe, características dos sistemas. Sua aplicação dura, em média, 20 minutos (PRUDÊNCIO et al., 2013).

O instrumento pode ser autoaplicável e quando aplicado por um entrevistador o tempo médio para a sua aplicação da versão brasileira do PESPC é de 20 minutos, sendo considerado válido e confiável para mensurar a expectativa e satisfação com o cuidado pré-natal (PRUDÊNCIO et al., 2013). Os valores totais dos escores em cada domínio são calculados pela média dos itens ponderados dos

respectivos domínios e podem variar, de 12 a 72, para o domínio expectativa, e para o domínio satisfação, de 29 a 174.

Portanto, quanto menor a pontuação, maior a expectativa e a satisfação e quanto maior a pontuação, menor a expectativa e satisfação com o cuidado pré-natal. A interpretação dos resultados do instrumento é obtida pela soma dos escores de cada uma das subescalas, sendo que a avaliação tanto da expectativa como da satisfação com o cuidado pré-natal é feita a partir de resultados parciais. O instrumento apresenta dois domínios (expectativa e satisfação) divididos em quatro subescalas cada um.

Para o domínio expectativa, seguem suas interpretações:

A subescala 1 - **cuidado integral** - é composta por quatro itens. O escore mínimo é quatro pontos, e o máximo é 24 pontos. Quanto menor for o escore, maior a expectativa com o cuidado integral e quanto maior o escore, menor a expectativa com esse tipo de cuidado.

A subescala 2 - **seguimento com o mesmo profissional** - é composta de dois itens. O escore mínimo é dois pontos, e o máximo é 12 pontos. Quanto menor for o escore, maior a expectativa com o seguimento do mesmo profissional e quanto maior for o escore, menor a expectativa com o seguimento do mesmo profissional.

A subescala 3 - **cuidado personalizado** - é composta por quatro itens. O escore mínimo é quatro pontos, e o máximo é 24 pontos. Quanto menor for o escore, maior a expectativa com o cuidado personalizado, e quanto maior for o escore menor a expectativa com o cuidado personalizado.

A subescala 4 - **outros serviços** - é composta por dois itens. O escore mínimo é dois pontos, e o escore máximo é 12 pontos. Quanto menor for o escore, maior a expectativa com outros serviços e quanto maior for o escore, menor expectativa com outros serviços.

Para o domínio satisfação, seguem suas interpretações:

A subescala 5 - **informação do profissional** - é composta por sete itens. O escore mínimo é sete pontos, e o máximo é 42 pontos. Quanto menor for o escore, maior a satisfação com a informação dada pelo profissional e quanto maior for o escore, menor a satisfação com a informação dada pelo profissional.

A subescala 6 - **cuidado profissional** - é composta por seis itens. O escore mínimo é seis pontos, e o máximo é 36 pontos. Quanto menor for a pontuação do escore, maior a satisfação com o cuidado profissional e quanto maior for a pontuação menor a satisfação com o cuidado profissional.

A subescala 7 - **interesse da equipe** - é composta por seis itens. O escore mínimo é de seis pontos, e o máximo é 36 pontos. Quanto menor for a pontuação, maior a satisfação com o interesse da equipe e quanto maior a pontuação maior a insatisfação em relação ao interesse da equipe.

A subescala 8 - **características do sistema** - é composta por dez itens. O escore mínimo é dez pontos, e o escore máximo é 60 pontos. Quanto menor for a pontuação, maior a satisfação em relação às características do sistema e quanto maior for a pontuação maior a satisfação com as características do sistema.

O PESPC não inclui itens paralelos combinados para expectativas e satisfação, pois os dados sugerem que expectativa e satisfação estão relacionadas de uma maneira global e não em um sentido específico. Para mensurar o nível de expectativa e satisfação, os autores da versão original do instrumento apresentaram a interpretação da pontuação dos dois domínios do instrumento PESPC (**ANEXO C**), conforme apresentado na Tabela 1 abaixo:

Tabela 1 - Interpretação dos escores da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC). Bauru-SP, 2017.

Expectativa	Escore Mínimo e Máximo	Alta Expectativa	Baixa Expectativa
Cuidado integral	4 - 24	04 ≥ 12	12 < 24
Seguimento com o mesmo profissional	2 - 12	02 ≥ 06	06 < 12
Cuidado personalizado	4 - 24	04 ≥ 12	12 < 24
Outros serviços	2 - 12	02 ≥ 06	06 < 12
Total	12 - 72	12 ≥ 36	36 < 72
Satisfação	Escore Mínimo e Máximo	Muito Satisfeita	Muito Insatisfeita
Informação do profissional	7 - 42	07 ≥ 21	21 < 42
Cuidado profissional	6 - 36	06 ≥ 18	18 < 36
Interesse da equipe	6 - 36	06 ≥ 18	18 < 36
Características do sistema	10 - 60	10 ≥ 30	30 < 60
Total	29 - 174	29 ≥ 87	87 < 174

3.4.1.2 Questionário de identificação e caracterização sociodemográfica e obstétrica

O questionário de identificação e caracterização sociodemográfica e obstétrica foi elaborado pela própria pesquisadora e sua orientadora o qual foi submetido à validade de face e conteúdo por duas enfermeiras doutoras e especialistas na área. Foi dividido em três partes: parte A (dados de identificação); parte B (dados de caracterização sociodemográfica); parte C (dados obstétricos) (**APÊNDICE A**).

Para a elaboração do questionário, convém destacar que o mesmo foi elaborado levando em consideração evidências científicas da literatura nacional e internacional quanto às possíveis variáveis influenciadoras do nível de expectativa e satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal.

3.5 Considerações éticas

O projeto de pesquisa de doutorado foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Bauru e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), sob o número de protocolo CAAE: 38776114.8.0000.5393 (**ANEXO D**). A abordagem aos participantes da pesquisa foi realizada na forma de convite, apresentando-lhes os objetivos da pesquisa de forma escrita e verbal. Com a concordância dos participantes, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**APÊNDICE B**) para a assinatura dos envolvidos, participante e pesquisador. Tal conduta teve por objetivo obedecer aos dispositivos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CSN), a qual regulamenta as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos.

3.6 Análise dos resultados

Para a organização dos dados, foi realizada a dupla digitação no programa Excel. Foi elaborado um dicionário de dados (*Codebook*) com a codificação de todas as variáveis dos instrumentos de coleta e adotada a técnica de validação por dupla entrada (digitação), para assegurar a fidelidade na transcrição dos dados (HULLEY et al., 2015). Concluída a validação por dupla digitação, a planilha de dados foi inserida no programa SAS® (*Statistical Analysis System*) versão 9.0.

Foi realizada análise descritiva da caracterização sociodemográfica e obstétrica das gestantes participantes do estudo (frequência, médias, desvio-padrão), análise estatística descritiva da versão brasileira do instrumento PESPC, análise da frequência de respostas aos itens por cada subescala do instrumento PESPC, análise estatística descritiva da pontuação geral e por serviço público de saúde para os dois domínios do instrumento.

Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas, os dados foram submetidos ao Teste Exato de Fisher (FISHER, 1935). Além disso, a quantificação desta associação foi mensurada por meio de modelos de regressão logística (HOSMER; LEMESHOW, 1989) onde se calculou o *Odds ratio* bruto com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Todas as análises estatísticas foram realizadas com a utilização do *Software* estatístico SAS® 9. Valores de p menores que 0,05 foram considerados

significativos. Foram utilizados Testes *t-Student* que consistem em comparar duas médias provenientes de amostras não pareadas. Para a utilização deste teste, foram testadas as variâncias dos dois grupos para verificar a presença de dados estatisticamente iguais, e se os dados seguem distribuição normal. Para a realização deste procedimento, foi utilizado o procedimento PROC TTEST do Software SAS ® 9.0 (SAS, 2002).

Outra análise realizada foi à verificação da confiabilidade da versão brasileira do instrumento PESPC. A confiabilidade (*reliability*) de um instrumento está relacionada à capacidade de medir, com precisão, consistência e estabilidade, ao longo do tempo, o atributo que se deseja medir. Isto significa avaliar o grau em que o instrumento produz os mesmos resultados, quando aplicados em um mesmo sujeito em diferentes ocasiões ou em uma única ocasião por dois observadores distintos (PASQUALI, 2010). Há diferentes métodos: estabilidade, consistência interna e equivalência (POLIT; HUNGLER, 1999).

A confiabilidade foi verificada pelo coeficiente estatístico mais utilizado para este tipo de análise que é o cálculo do Alfa de Cronbach que evidencia o grau de covariância dos itens entre si (CUMMINGS; STEWART; HULLEY, 2003). O valor assumido pelo Alfa está entre 0 e 1, e quanto mais próximo de 1 estiver seu valor, maior a fidedignidade das dimensões do construto, sendo considerados valores aceitáveis entre 0,70 e 0,90 (CUMMINGS; STEWART; HULLEY, 2003). Segundo Cummings, Stewart e Hulley (2003), valores abaixo de 0,70 são geralmente considerados como aceitáveis para escalas psicométricas, embora seja recomendado que o seu valor deva ser acima de 0,80 (bom) ou mesmo 0,90 (excelente). Para Keszei, Novaka e Streiner (2010), os baixos valores de consistência interna podem significar que os itens medem diferentes atributos ou as respostas dos sujeitos são inconsistentes.

3.7 Pré-Teste

A etapa do pré-teste foi realizada com a aplicação da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations with Prenatal Care* (PESPC) em uma amostra constituída de 50 gestantes em acompanhamento de pré-natal e que pertenciam a seis serviços públicos de saúde de atendimento pré-natal distribuídos nas quatro zonas geográficas (norte, sul, leste e oeste) do município de Bauru.

As participantes da pesquisa foram selecionadas aleatoriamente enquanto aguardavam a consulta de pré-natal. Elas foram esclarecidas sobre o propósito da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisadora coletou os dados mediante entrevista individual em uma sala de consultório médico que foi disponibilizada para a pesquisadora realizar a coleta de dados em todos os serviços de saúde. A duração média da aplicação da versão brasileira do

instrumento PESPC foi de 20 minutos. Nesta etapa, todas as gestantes participantes do estudo aceitaram participar.

Esta etapa foi composta por 36 (72%) gestantes pertencentes à UBS e 14 (28%) gestantes pertencentes à USF. Foi considerada como uma etapa bem-sucedida, uma vez que as gestantes participantes não apresentaram dificuldades de compreensão dos itens, não havendo assim a necessidade de nenhuma alteração da versão brasileira do instrumento PESPC para aplicação na amostra final estudada. A duração média da aplicação do instrumento foi 20 minutos, sendo este tempo similar ao tempo médio de aplicação identificado por Prudêncio et al. (2013) e superior ao tempo médio de aplicação apresentado por Omar, Schiffman e Bingham (2001) com a versão original do instrumento.

Convém destacar que as gestantes participantes desta etapa não apresentaram dificuldades de compreensão relacionadas aos itens da versão brasileira do instrumento PESPC, bem como ao propósito de avaliação do instrumento. Diante disso, a amostra pertencente à etapa do pré-teste foi adicionada à amostra final.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 Resultados relacionados à caracterização sociodemográfica e obstétrica das gestantes participantes do estudo

Participaram do presente estudo 377 gestantes, as quais integravam os oito serviços públicos de saúde de atendimento pré-natal selecionados para este estudo no município de Bauru-SP. Dos 24 serviços públicos de saúde de atendimento pré-natal existentes no município, foram selecionadas para a coleta seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) e duas Unidades de Saúde da Família (USF). Dos serviços selecionados para este estudo, 123 (32,6%) gestantes pertenciam à região norte, 64 (17,0%), à região sul, 104 (27,6%), à região oeste e 86 (22,8%), à região leste, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Análise descritiva da coleta de dados por regiões geográficas (n = 377). Bauru-SP, 2017.

Região Geográfica	n (%)
Região norte	123 (32,6)
Região sul	64 (17,0)
Região leste	86 (22,8)
Região oeste	104 (27,6)
Total	377 (100)

Legenda: (n) = número de participantes; (%) = frequência

A amostra da coleta de dados por tipo de serviço público de saúde de atendimento pré-natal foi de 298 (79,0%) em UBSs e 79 (21,0%) em USFs, conforme apresentado na Tabela 3 a seguir.

Tabela 3 - Análise descritiva da coleta de dados por tipo de serviço público de saúde de acompanhamento de pré-natal (n = 377). Bauru-SP, 2017.

Serviços Públicos de Saúde	n (%)
Unidades Básicas de Saúde (UBS)	
UBS Godoy	47 (12,5)
UBS Vista Alegre	41 (11,0)
UBS Geisel	86 (22,8)
UBS Falcão	60 (15,8)
UBS Europa	7 (1,9)
UBS Centro	57 (15,1)
Total	298 (79,1)
Unidades Saúde da Família (USF)	
USF Vila São Paulo	35 (9,3)
USF Santa Edwiges	44 (11,6)
Total	79 (20,9)
Total	377 (100)

Legenda: (n) = número de participantes; (%) = frequência

Em relação às características sociodemográficas das 377 gestantes participantes deste estudo, 137 (36,3%) possuíam de 20 a 24 anos de idade, 322 (85,4%) viviam com companheiro, valor representado pelas gestantes casadas e amasiadas, 196 (52%) referiram ser de cor branca, 224 (59,4%) referiram ter ensino médio completo. Em relação à renda familiar mensal (em salários-mínimos), 254 (67,4%) referiram viver com renda de um até dois salários-mínimos, 237 (62,9%) referiram não exercer nenhuma atividade remunerada, tendo como ocupação do lar. A religião mais referenciada foi a evangélica com 169 (44,8%). Quanto a possuir convênio de saúde, 375 (99,5%) relataram não possuir convênio de saúde, realizando o acompanhamento de pré-natal apenas pelo Sistema Único de Saúde, de acordo com os dados apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 - Análise descritiva das características sociodemográficas das gestantes participantes do estudo (n = 377). Bauru-SP, 2017.

Variável	UBS (n = 298) n (%)	USF (n = 79) n (%)	Total (n = 377) n (%)
Faixa etária			
20 - 24	105 (35,2)	32 (40,5)	137 (36,3)
25 - 29	82 (27,5)	23 (29,1)	105 (27,9)
30 - 35	72 (24,2)	17 (21,5)	89 (23,6)
Maior que 35	39 (13,1)	7 (8,9)	46 (12,2)
Situação conjugal			
Casada + amasiada (com companheiro)	257 (86,2)	65 (82,3)	322 (85,4)
Solteira (sem companheiro)	41 (13,8)	14 (17,7)	55 (14,6)
Cor da pele			
Branca	160 (53,7)	36 (45,6)	196 (52)
Negra	22 (7,4)	11 (13,9)	33 (8,8)
Parda	116 (38,9)	32 (40,5)	148 (39,2)
Escolaridade (em anos)			
Ensino Fundamental Completo	5 (1,7)	7 (8,9)	12 (3,2)
Ensino Fundamental Incompleto	6 (2,0)	2 (2,5)	8 (2,1)
Ensino Médio Completo	189 (63,4)	35 (44,3)	224 (59,4)
Ensino Médio Incompleto	78 (26,2)	34 (43,0)	112 (29,7)
Ensino Superior Completo	11 (3,7)	1 (1,3)	12 (3,2)
Ensino Superior Incompleto	9 (3,0)	0 (0,0)	9 (2,4)
Renda familiar mensal (salário mínimo)			
Até 2 salários	184 (48,8)	70 (88,6)	254 (67,4)
Igual e superior a 3 salários	95 (25,2)	28 (35,4)	123 (32,6)
Situação profissional			
Remunerada	116 (38,9)	24 (30,4)	140 (37,1)
Não remunerada	182 (61,1)	55 (69,6)	237 (62,9)
Religião			
Católica	84 (28,2)	21 (26,6)	105 (27,9)
Evangélica	133 (44,6)	36 (45,6)	169 (44,8)
Outras	81 (27,2)	22 (27,8)	103 (27,3)
Possui convênio de saúde			
Sim	2 (0,7)	0 (0,0)	2 (0,5)
Não	296 (99,3)	79 (100,0)	375 (99,5)
Realização do pré-natal por convênio de saúde			
Sim	2 (0,7)	0 (0,0)	2 (0,5)
Não	296 (99,3)	79 (100,0)	375 (99,5)

Legenda: (n) = número de participantes; (%) = frequência

A idade média geral das 377 gestantes participantes deste estudo foi de 27,69 anos (DP = 5,6), variando entre 20-43 anos, de acordo com ilustração da Figura 2.

Figura 2 - Características da idade cronológica média das gestantes participantes do estudo (n = 377). Bauru-SP, 2017.

Em relação à caracterização das gestantes quanto aos dados obstétricos, 288 (76,4%) das gestantes eram multigestas, 264 (70%) iniciaram o acompanhamento de pré-natal no primeiro trimestre de gestação, 131 (34,8%) referiram estar na segunda gestação. Quanto ao número médio de consultas de pré-natal durante o terceiro trimestre de gestação, 215 (57,0%) das participantes realizaram seis ou mais consultas de pré-natal. Quanto à presença de intercorrências desenvolvidas no decorrer da gestação, 334 (88,6%) não apresentaram intercorrências.

Em relação à realização do pré-natal nas gestações anteriores, 172 (63,0%) das gestantes referiram ter realizado. Quanto ao fato de terem ficado satisfeitas com o cuidado pré-natal nas gestações anteriores, 262 (96,0%) referiram terem ficado satisfeitas. Em relação ao fato de cuidado pré-natal ter sido realizado no mesmo serviço de saúde nas gestantes participantes do estudo pertencentes às UBSs, 130 (62,2%) das gestantes referiram que sim. E em relação às participantes pertencentes às USFs, 42 (65,6%) referiram que sim, conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5 - Caracterização dos dados obstétricos das gestantes participantes do estudo, de acordo com a paridade, data da primeira consulta de pré-natal, histórico de paridade, número de consultas de pré-natal, presença de complicações durante a gestação (n = 377). Bauru-SP, 2017.

Variável	UBS (n = 298) n (%)	USF (n = 79) n (%)	Total (n = 377) n (%)
Paridade			
Primigesta	78 (26,2)	11 (13,9)	89 (23,6)
Multigesta	220 (73,8)	68 (86,1)	288 (76,4)
Data da primeira consulta de pré-natal			
Primeiro Trimestre	205 (68,8)	59 (74,7)	264 (70,0)
Segundo Trimestre	85 (28,5)	18 (22,8)	103 (27,3)
Terceiro Trimestre	8 (2,7)	2 (2,5)	10 (2,7)
Número de gestações			
1 Gestação	75 (25,2)	11 (13,9)	86 (22,8)
2 Gestações	103 (34,6)	28 (35,4)	131 (34,8)
3 Gestações	58 (19,5)	16 (20,3)	74 (19,6)
Mais que 3 gestações	62 (20,8)	24 (30,4)	86 (22,8)
Número de consultas de pré-natal			
2 a 3 consultas	36 (9,5)	13 (3,4)	49 (13,0)
4 a 5 consultas	83 (22,0)	30 (8,0)	113 (30,0)
6 a 7 consultas	80 (21,2)	27 (7,2)	107 (28,4)
8 ou mais consultas	80 (21,2)	28 (7,4)	108 (28,6)
Realizou pré-natal nas gestações anteriores			
Sim	130 (62,2)	42 (65,6)	172 (63,0)
Não	79 (37,8)	22 (34,4)	101 (37,0)
Satisfação com CPN em gestação anterior			
Sim	201 (96,2)	61 (95,3)	262 (96,0)
Não	8 (3,8)	3 (4,7)	11 (4,0)
Presença de intercorrências durante a gestação			
Sim	32 (10,7)	11 (13,9)	43 (11,4)
Não	266 (89,3)	68 (86,1)	334 (88,6)

Legenda: CPN = cuidado pré-natal; (n) = número de participantes.

A idade gestacional média (em semanas) das 377 gestantes participantes deste estudo no momento da coleta de dados variou de 27 a 42 semanas, com uma média de 32,33 semanas e desvio-padrão de 3,831.

A análise da estatística descritiva referente às gestantes participantes da UBS revelou idade média de 27,91 (DP = 5,70; mediana = 27) e intervalo mínimo de 20 a 43 anos; quanto ao número de consultas de pré-natal foi identificado o valor médio de 6,26 (DP = 2,64; mediana = 6) de consultas de pré-natal, e intervalo mínimo e máximo de 2 a 20 consultas.

A análise da estatística descritiva referente às gestantes participantes da USF revelou idade média de 26,87 (DP = 5,17; mediana = 26) e intervalo mínimo de 20 a 40 anos; quanto ao número de consultas foi identificado o valor médio de 6,13 (DP = 2,19; mediana = 6) de consultas de pré-natal, e intervalo mínimo e máximo de 3 a 13 consultas.

4.2 Resultados referentes à análise da estatística descritiva da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care (PESPC)*

A análise descritiva dos dados da versão brasileira do instrumento PESPC foi realizada por meio da soma total das respostas obtidas para os 41 itens cujo intervalo possível para o domínio expectativa considerado foi de 12 a 72 e para satisfação de 29 a 174. Foram calculados a média e o desvio-padrão dos itens para todas as subescalas de cada domínio, levando em consideração o intervalo de um a seis (Escala do Tipo *Likert*). A análise descritiva dos dados da versão brasileira do instrumento PESPC, para o domínio expectativa e satisfação, foi investigada para ambos os Serviços Públicos de Saúde de Pré-natal do município de Bauru, UBS e USF.

A seguir é apresentada a análise descritiva dos dados da versão brasileira do instrumento PESPC para o domínio expectativa e satisfação. Esta análise foi investigada separadamente para ambos os serviços públicos de saúde de acompanhamento pré-natal no município de Bauru (UBS e USF). Primeiramente serão apresentados os dados referentes à análise descritiva geral dos dois tipos de serviços públicos de saúde, UBSs e USFs, e posteriormente a análise descritiva específica para cada tipo de serviço.

Nos resultados referentes à análise descritiva geral do domínio expectativa, constatou-se predomínio de baixa expectativa para todas as subescalas, identificado pelo registro de 279 (74%) das opções de resposta. O destaque para a subescala de maior registro de baixa expectativa foi identificado na subescala cuidado integral com 297 (78,8%) das opções de respostas, seguida da subescala cuidado personalizado com 265 (70,3%) das opções de respostas. Tais resultados demonstraram que as gestantes expressaram baixa expectativa em relação ao cuidado pré-natal, conforme ilustrado na Tabela 6.

Tabela 6 - Análise descritiva do nível de expectativa nas subescalas da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care (PESPC)* pelo número total de gestantes participantes do estudo (n = 377). Bauru-SP, 2017.

Domínio Expectativa da versão brasileira do instrumento PESPC	Baixa Expectativa n (%)	Alta Expectativa n (%)
Cuidado integral	297 (78,8)	80 (21,2)
Seguimento com o mesmo profissional	218 (57,8)	159 (42,2)
Cuidado personalizado	265 (70,3)	112 (29,7)
Outros serviços	198 (52,5)	179 (47,5)
Total	279 (74,0)	98 (26,0)

Legenda: (n) = número de participantes; (%) = frequência

Nos resultados referentes à análise descritiva geral do domínio satisfação, constatou-se predomínio de alta satisfação, identificado pelo registro de 220 (58,4%) das opções de resposta. Em relação aos resultados da análise do domínio satisfação das gestantes participantes da pesquisa, constatou-se alta satisfação em relação à subescala cuidado profissional com 343 (91%) das respostas aos itens, seguida da subescala informação do profissional com 247 (65,5%) das opções de respostas.

O destaque para baixa satisfação foi identificado na subescala características do sistema com 200 (53,1%) das opções de respostas. Tais resultados demonstram que as gestantes expressaram estar insatisfeitas com a infraestrutura e medidas organizacionais dos serviços públicos de saúde de pré-natal, conforme ilustrado na Tabela 7.

Tabela 7 - Análise descritiva do nível de satisfação nas subescalas da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) pelo número total de gestantes participantes do estudo (n = 377). Bauru-SP, 2017.

Domínio Satisfação da versão brasileira do instrumento PESPC	Muito satisfeita n (%)	Muito insatisfeita n (%)
Informação do profissional	247 (65,5)	130 (34,5)
Cuidado profissional	343 (91,0)	34 (9,0)
Interesse da equipe	206 (54,6)	171 (45,4)
Características do sistema	177 (46,9)	200 (53,1)
Total	220 (58,4)	157 (41,6)

Legenda: (n) = número de participantes; (%) = frequência

Os resultados referentes à análise do nível de expectativa e satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal para cada tipo de serviço de pré-natal, UBS e USF, são apresentados a seguir. Para o domínio expectativa, foi constatada baixa expectativa para ambos os serviços de saúde. Para UBS, o predomínio das opções de respostas que retratam baixa expectativa foi registrado por 218 (73,2%) e para USF foi registrado por 61 (77,2%) das opções de respostas. Tais resultados demonstram semelhanças no nível de expectativa das gestantes que pertencem aos dois tipos de serviços, com discreto destaque para as gestantes pertencentes às USFs no qual o baixo nível de expectativa é maior.

Para o domínio satisfação, foi constatado que as gestantes estão muito satisfeitas em ambos os serviços públicos de saúde de acompanhamento pré-natal. Para a UBSs, o predomínio das opções de respostas que retratam alta satisfação foi registrado por 170 (57,1%) das gestantes e para a USF foi registrado por 50 (63,3%) das gestantes. Tais resultados demonstram semelhanças no nível de

satisfação das gestantes que pertencem aos dois tipos de serviços, com discreto destaque para as gestantes pertencentes às USFs 50 (63,3%). Tais resultados estão apresentados na Tabela 8 abaixo.

Tabela 8 - Relação do nível de expectativa e satisfação das gestantes participantes do presente estudo após aplicação da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) (n = 377). Bauru-SP, 2017.

Expectativa e Satisfação	UBS (n = 298) n (%)	USF (n = 79) n (%)	Total (n = 377) n (%)
Expectativa			
- Baixa expectativa	218 (73,2)	61 (77,2)	279 (74,0)
- Alta expectativa	80 (26,8)	18 (22,8)	98 (26,0)
Total	298 (100,0)	79 (100,0)	377 (100,0)
Satisfação			
- Muito satisfeita	170 (57,1)	50 (63,3)	220 (58,3)
- Muito insatisfeita	128 (42,9)	29 (36,7)	157 (41,7)
Total	298 (100,0)	79 (100,0)	377 (100,0)

Legenda: (n) = número de participantes; (%) = frequência

Os resultados relativos à análise descritiva dos percentuais da versão brasileira do instrumento PESPC, para os dois tipos de serviços públicos de saúde selecionados neste estudo, UBS e USF, são apresentados a seguir. Os resultados referentes à UBS demonstraram que 218 (73,1%) das respostas predominaram na opção mínima, refletindo baixa expectativa das gestantes participantes do estudo. Quanto à satisfação foi identificado que 170 (57,0%) das opções de respostas predominaram na opção máxima, refletindo uma alta satisfação das gestantes.

Os resultados referentes à USF demonstraram que 61 (77,2%) das respostas predominaram na opção de resposta mínima, refletindo uma baixa expectativa das gestantes participantes do estudo. Quanto à satisfação, foi identificado que 50 (63,3%) das respostas predominaram na opção de resposta máxima, refletindo uma alta satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal. Tais resultados estão apresentados na Tabela 9 abaixo.

Tabela 9 - Análise descritiva dos percentuais dos domínios expectativa e satisfação da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) para gestantes pertencentes às UBSs e USFs (n = 377). Bauru-SP, 2017.

Domínios da versão brasileira do instrumento PESPC	UBS (n = 298)		USF (n = 79)	
	Mínimo n (%)	Máximo n (%)	Mínimo n (%)	Máximo n (%)
Domínio expectativa				
Cuidado integral	235 (78,9)	63 (21,1)	62 (78,5)	17 (21,5)
Seguimento com o mesmo profissional	167 (56,0)	131 (44,0)	51 (64,6)	28 (35,4)
Cuidado personalizado	209 (70,1)	89 (29,9)	56 (70,9)	23 (29,1)
Outros serviços	161 (54,0)	137 (46,0)	37 (46,8)	42 (53,2)
Total	218 (73,2)	80 (26,8)	61 (77,2)	18 (22,8)
Domínio satisfação				
Informação do profissional	107 (35,9)	191 (64,1)	23 (29,1)	56 (70,9)
Cuidado profissional	31 (10,4)	267 (89,6)	3 (3,8)	76 (96,2)
Interesse da equipe	133 (44,6)	165 (55,4)	38 (48,1)	41 (51,9)
Características do serviço	163 (54,7)	135 (45,3)	37 (46,8)	42 (53,2)
Total	128 (43,0)	170 (57,0)	29 (36,7)	50 (63,3)

Legenda: (n) = número de participantes; (%) = frequência

Em relação à análise da estatística descritiva dos resultados das subescalas da versão brasileira do instrumento PESPC para os dois tipos de serviços públicos de saúde selecionados neste estudo, UBS e USF, são apresentados a seguir, respectivamente. Para a amostra de 298 gestantes pertencentes às UBSs, a análise da estatística descritiva identificou que, para o domínio expectativa, a maior média entre os itens identificada foi para subescala cuidado integral (média = 16,0; mediana = 17; DP = 4,1), seguida da subescala cuidado personalizado (média = 15,3; mediana = 17; DP = 4,4). Quanto aos maiores valores de intervalo obtidos, os mesmos foram identificados nas subescalas cuidado integral (valor máximo = 24) e cuidado personalizado (valor máximo = 24).

Para o domínio satisfação, a maior média identificada foi para a subescala características do sistema (média = 32,4; mediana = 32; DP = 8,3), seguida da subescala informação do profissional (média = 20,2; mediana = 19; DP = 6,6). Os maiores valores de intervalos obtidos identificados foram para a subescala interesse da equipe (valor máximo = 36), seguida da subescala características do sistema (valor máximo = 56), representando os aspectos negativos de satisfação por parte das participantes do estudo pertencentes às UBSs. O intervalo obtido tanto para o domínio expectativa como para o domínio satisfação na amostra estudada mostra-se muito próximo ao intervalo possível especialmente no extremo superior. Tais resultados estão apresentados na Tabela 10 abaixo.

Tabela 10 - Estatísticas descritivas dos resultados das subescalas da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) referente às participantes do estudo pertencentes aos serviços públicos de saúde de Unidades Básicas de Saúde (n = 298). Bauru-SP, 2017.

Subescalas	Nº de itens	Intervalo Possível	Intervalo Obtido	Mediana	Média (DP)
Expectativa	12	12 - 72	16 - 64	45,0	43,7 (10,2)
Cuidado integral	4	4 - 24	6 - 24	17,0	16,0 (4,1)
Seguimento com o mesmo profissional	2	2 - 12	2 - 11	7,0	6,1 (2,0)
Cuidado personalizado	4	4 - 24	4 - 24	17,0	15,3 (4,4)
Outros serviços	2	2 - 12	2 - 10	7,0	6,3 (2,3)
Satisfação	29	29 - 174	46 - 139	83,0	85,3 (20,5)
Informação do profissional	7	7 - 42	8 - 37	19,0	20,2 (6,6)
Cuidado profissional	6	6 - 36	6 - 32	12,0	13,3 (4,7)
Interesse da equipe	6	6 - 36	6 - 36	17,0	19,3 (7,3)
Características do sistema	10	10 - 60	18 - 56	32,0	32,4 (8,3)

Legenda: DP: desvio padrão

Para a amostra de 79 gestantes pertencentes às USFs, a análise descritiva dos dados da versão brasileira do instrumento PESPC, para o domínio expectativa, constatou que a subescala que apresentou maior média foi a subescala cuidado integral (média = 16,0; mediana = 17; DP = 4,2). No domínio expectativa foi identificado que todas as subescalas apresentaram ocorrência de valores máximos. Tais achados reforçam uma tendência da amostra estudada escolher respostas mais negativas para o domínio expectativa.

Em relação à análise descritiva dos dados da versão brasileira do instrumento PESPC para o domínio satisfação, constatou-se que a subescala que apresentou maior média foi a subescala características do sistema (média = 31,3; mediana = 30; DP = 8,9), seguida da subescala informação do profissional (média = 19,6; mediana = 19; DP = 6,0). Foi identificado que duas subescalas registraram os valores mínimos permitidos que foram: cuidado profissional (valor mínimo = 6) e interesse da equipe (valor mínimo = 6). Neste domínio a ocorrência de valores máximos foi registrada para a subescala interesse da equipe (valor máximo = 36) no intervalo de respostas possíveis (6-36), ultrapassando o valor médio do intervalo.

Os resultados decorrentes do intervalo obtido, tanto para o domínio expectativa como para o domínio satisfação na amostra estudada, mostraram-se próximos ao intervalo possível especialmente no extremo inferior, cuja diferença nos valores mínimos é de quatro para expectativa (21-12) e de três para satisfação (32-29). Para os valores máximos, a diferença se mostra mais alargada, sendo de um para expectativa (72-71) e de 34 para satisfação (174-140). Tais achados reforçam uma tendência da

amostra estudada a escolher respostas mais positivas para aqueles domínios. Todos os resultados mencionados acima são resultantes da análise descritiva de cada um dos 41 itens da versão brasileira do instrumento PESPC e estão apresentados na Tabela 11 a seguir.

Tabela 11 - Estatísticas descritivas dos resultados das subescalas da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) referente às participantes do estudo pertencentes aos serviços públicos de saúde de Unidades de Saúde da Família (n = 79). Bauru-SP, 2017.

Subescalas	Nº de itens	Intervalo Possível	Intervalo Obtido	Mediana	Média (DP)
Expectativa	12	12 - 72	21 - 71	45,0	43,7 (10,8)
Cuidado integral	4	4 - 24	4 - 24	17,0	16,0 (4,2)
Seguimento com o mesmo profissional	2	2 - 12	2 - 12	7,0	6,7 (2,4)
Cuidado personalizado	4	4 - 24	7 - 24	17,0	15,1 (4,5)
Outros serviços	2	2 - 12	2 - 12	4,0	5,8 (2,5)
Satisfação	29	29 - 174	32 - 140	79,0	83,0 (20,3)
Informação do profissional	7	7 - 42	7 - 35	19,0	19,6 (6,0)
Cuidado profissional	6	6 - 36	6 - 30	12,0	12,5 (3,7)
Interesse da equipe	6	6 - 36	6 - 36	18,0	19,6 (7,9)
Características do sistema	10	10 - 60	13 - 55	30,0	31,3 (8,9)

Legenda: DP: desvio padrão

Para verificar a existência de diferenças entre a soma da pontuação do domínio expectativa da aplicação da versão brasileira do instrumento PESPC para os dois serviços públicos de saúde pré-natal, UBS e USF, foi utilizado o Teste t de *Student* para a comparação das médias dos dois tipos de serviços. O teste estatístico não demonstrou diferenças estatísticas significativas (p-valor = 0,97). Tais resultados demonstraram que pertencer à USF ou UBS não fez diferença sobre os níveis de expectativa das gestantes participantes deste estudo, conforme apresentado na Tabela 12.

Tabela 12 - Comparações entre os tipos de serviços para o domínio expectativa da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) (n = 377). Bauru-SP, 2017.

Comparações	Estimativa	Valor do t	p-valor*	Intervalo de Confiança 95%	
UBS - USF	0,03	0,03	0,97	-2,53	2,60

Legenda: *p-valor referente ao Teste t de *Student*

Para verificar a existência de diferenças entre a soma da pontuação do domínio satisfação da aplicação da versão brasileira do instrumento PESPC para os dois serviços públicos de saúde pré-natal, UBS e USF, foi utilizado o Teste t de *Student* para a comparação das médias dos dois tipos de serviços. O teste estatístico não demonstrou diferenças estatísticas significativas (p -valor = 0,37). Tais resultados demonstraram que pertencer à USF ou UBS não fez diferença sobre os níveis de satisfação das gestantes participantes deste estudo, conforme apresentado na Tabela 13.

Tabela 13 - Comparações entre os tipos de serviços para o domínio satisfação da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) ($n = 377$). Bauru-SP, 2017.

Comparações	Estimativa	Valor do t	p-valor*	Intervalo de Confiança 95%	
UBS - USF	2,28	0,88	0,37	-2,80	7,38

Legenda: *p-valor referente ao Teste t de *Student*

4.3 Frequências das respostas aos itens por subescala da versão brasileira do instrumento PESPC

As frequências das respostas aos 41 itens, alocados nas oito subescalas da versão brasileira do instrumento PESPC, são apresentadas nas Tabelas 14, 15, 16, 17 cujos dados se referem ao domínio expectativa e nas Tabelas 18, 19, 20, 21 referentes ao domínio satisfação.

Os resultados das frequências das opções de respostas aos itens dos dois domínios da versão brasileira do instrumento PESPC, expectativa e satisfação, registraram predomínio de baixa expectativa das gestantes com 279 (74%) das opções de respostas e predomínio de alta satisfação com 220 (58,4%) das opções de respostas das gestantes.

Em relação ao domínio expectativa, as frequências das respostas aos quatro itens que avaliaram a expectativa das gestantes quanto ao cuidado integral demonstraram um predomínio de resposta às opções negativas “discordo” para os quatro itens existentes nessa subescala. A ordem dos itens com as maiores respostas à opção “discordo” foram: item 2 (*Eu esperava que minhas consultas de pré-natal durassem um tempo maior*) com 298 (79,0%), item 1 (*Eu esperava ter realizado minha primeira consulta de pré-natal mais cedo*) com 255 (67,6%), item 4 (*Eu esperava receber informações durante as consultas sem ter que fazer muitas perguntas*) com 225 (59,7%) e item 3 (*Eu esperava mais das minhas consultas de pré-natal do que somente ser pesada e terem ouvido o coração do meu bebê*) com 216 (57,3%) das opções de respostas.

Para a subescala cuidado integral, houve o predomínio de baixa expectativa, que foi registrada por 297 (78,8%) das opções de respostas. Esses resultados demonstraram sinais de baixa expectativa das gestantes quanto a alguns aspectos do cuidado integral na atenção pré-natal recebida. Pela pontuação encontrada, percebe-se que a grande maioria das gestantes não apresentaram grandes expectativas quanto ao tempo de duração das consultas de pré-natal, quanto ao início precoce do pré-natal, quanto ao fato de não ter que realizar muitas perguntas durante as consultas e em relação aos procedimentos realizados durante as consultas de pré-natal. Tais resultados estão apresentados na Tabela 14 a seguir.

Tabela 14 - Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala cuidado integral do domínio expectativa da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) (n = 377). Bauru-SP, 2017.

PESPC Itens (Expectativa)	Escore das respostas						NR n (%)
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	
1.Eu esperava ter realizado minha primeira consulta de pré-natal mais cedo.	12 (3,2)	92 (24,4)	12 (3,2)	2 (0,5)	255 (67,6)	4 (1,1)	0 (0)
2.Eu esperava que minhas consultas de pré-natal durassem um tempo maior.	9 (2,4)	55 (14,6)	12 (3,2)	1 (0,3)	298 (79,0)	2 (0,5)	0 (0)
3.Eu esperava mais das minhas consultas de pré-natal do que somente ser pesada e terem ouvido o coração do meu bebê.	22 (5,8)	126 (33,4)	9 (2,4)	2 (0,5)	216 (57,3)	2 (0,5)	0 (0)
4.Eu esperava receber informações durante as consultas sem ter que fazer muitas perguntas.	20 (5,3)	109 (28,9)	15 (4,0)	6 (1,6)	225 (59,7)	2 (0,5)	0 (0)

Legenda: (1) concordo totalmente; (2) concordo; (3) concordo um pouco; (4) discordo um pouco; (5) discordo; (6) discordo totalmente. NR = não respondeu.

Em relação à subescala seguimento com o mesmo profissional, observa-se um predomínio da opção de resposta “discordo” no item 5 (*Eu esperava ter um mesmo profissional para todas as minhas consultas de pré-natal*) com 226 (59,9%) e um predomínio de opção de resposta “concordo” no item 6 (*Eu esperava que o profissional que faz o meu pré-natal fizesse o meu parto*) com 242 (64,2%).

Para a subescala seguimento com o mesmo profissional, houve o predomínio de baixa expectativa, que foi registrada por 218 (57,8%) das opções de respostas. Tais resultados revelam baixa expectativa das gestantes quanto a poder contar com o mesmo profissional de saúde durante todo período gestacional e alta expectativa da gestante em esperar que um mesmo profissional a acompanhe durante todo o seu acompanhamento de pré-natal. Tais resultados estão apresentados na Tabela 15 a seguir.

Tabela 15 - Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala seguimento com o mesmo profissional do domínio expectativa da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care (PESPC)* (n = 377). Bauru-SP, 2017.

PESPC Itens (Expectativa)	Escore das respostas						NR n (%)
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	
5.Eu esperava ter um mesmo profissional para todas as minhas consultas de pré-natal.	17 (4,5)	129 (34,2)	0 (0)	0 (0)	226 (59,9)	5 (1,3)	0 (0)
6.Eu esperava que o profissional que faz o meu pré-natal fizesse o meu parto.	59 (15,6)	242 (64,2)	3 (0,8)	0 (0)	68 (18,0)	5 (1,3)	0 (0)

Legenda: (1) concordo totalmente; (2) concordo; (3) concordo um pouco; (4) discordo um pouco; (5) discordo; (6) discordo totalmente. NR = não respondeu.

Quanto à subescala cuidado personalizado, dos quatro itens existentes, três deles (itens 7, 8 e 9) apresentaram o predomínio de respostas de discordância para a grande maioria das respostas desta subescala. Tais itens que obtiveram destaque para opção de resposta “discordo” foram: o item 9 (*Eu esperava que alguém ouvisse os meus problemas*) com 279 (74,0%), item 8 (*Eu esperava que o profissional que me atende fosse cuidadoso durante o exame físico*) com 260 (69,0%), item 7 (*Eu esperava que o profissional que faz o meu pré-natal se preocupasse com o meu estado mental da mesma forma que com o meu estado físico*) com 177 (46,9%). Já para o item 10 (*Eu esperava um encaminhamento quando eu falasse ao profissional/equipe sobre um problema*), houve o predomínio de respostas de concordância com registro de 179 (47,5%) das opções de respostas registradas.

Para a subescala cuidado personalizado, houve predomínio de baixa expectativa que foi registrada por 265 (70,3%) das opções de respostas. Tais resultados sugerem uma baixa expectativa das gestantes em receber um cuidado pré-natal mais personalizado, ou seja, não esperavam que o profissional fosse cuidadoso durante o exame físico; não esperavam que o profissional se preocupasse com o estado mental delas e não esperavam que alguém da equipe ouvisse os seus problemas. Tais resultados estão ilustrados na Tabela 16.

Tabela 16 - Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala cuidado personalizado do domínio expectativa da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) (n = 377). Bauru-SP, 2017.

PESPC Itens (Expectativa)	Escore das respostas						NR n (%)
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	
7.Eu esperava que o profissional que faz o meu pré-natal se preocupasse com o meu estado mental da mesma forma que com o meu estado físico.	23 (6,1)	164 (43,5)	8 (2,1)	2 (0,5)	177 (46,9)	3 (0,8)	0 (0)
8.Eu esperava que o profissional que me atende fosse cuidadoso durante o exame físico.	11 (2,9)	93 (24,7)	5 (1,3)	4 (1,1)	260 (69,0)	4 (1,1)	0 (0)
9.Eu esperava que alguém ouvisse os meus problemas.	5 (1,3)	72 (19,1)	6 (1,6)	4 (1,1)	279 (74,0)	11 (2,9)	0 (0)
10.Eu esperava um encaminhamento quando eu falasse ao profissional/equipe sobre um problema.	17 (4,5)	179 (47,5)	7 (1,9)	1 (0,3)	169 (44,8)	4 (1,1)	0 (0)

Legenda: (1) concordo totalmente; (2) concordo; (3) concordo um pouco; (4) discordo um pouco; (5) discordo; (6) discordo totalmente. NR = não respondeu.

O destaque das respostas da subescala outros serviços foi registrado para a opção de resposta “concordo” com 236 (62,6%) para o item 12 (*Eu esperava que o serviço de uma nutricionista fizesse parte do pré-natal*) e 182 (48,3%) para o item 11 (*Eu esperava que um assistente social fornecesse parte do meu cuidado pré-natal*). Na subescala outros serviços, apenas 1 (0,3%) gestante não quis responder ao item 12 (*Eu esperava que o serviço de uma nutricionista fizesse parte do pré-natal*).

Para a subescala outros serviços, houve predomínio de baixa expectativa que foi registrada por 198 (52,5%) das opções de respostas. Tais resultados retratam uma baixa expectativa das gestantes participantes deste estudo em relação a receber a assistência de outros tipos de serviços, durante o acompanhamento de pré-natal, como serviço nutricional e serviço de assistência social. Tais resultados estão apresentados na Tabela 17 a seguir.

Tabela 17 - Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala outros serviços do domínio expectativa da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) (n = 377). Bauru-SP, 2017.

PESPC Itens (Expectativa)	Escore das respostas						NR n (%)
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	
11. Eu esperava que um assistente social fornecesse parte do meu cuidado pré-natal.	12 (3,2)	182 (48,3)	11 (2,9)	0 (0)	169 (44,8)	3 (0,8)	0 (0)
12. Eu esperava que o serviço de uma nutricionista fizesse parte do pré-natal.	27 (7,2)	236 (62,6)	5 (1,3)	1 (0,3)	105 (27,9)	2 (0,5)	1 (0,3)

Legenda: (1) concordo totalmente; (2) concordo; (3) concordo um pouco; (4) discordo um pouco; (5) discordo; (6) discordo totalmente; NR = não respondeu.

Em relação à distribuição de respostas aos itens da subescala informação do profissional referente ao domínio satisfação, houve predomínio da opção de resposta “concordo” para cinco itens desta subescala. O item 16 (*Eu estou satisfeita com as informações que o meu profissional me dava sobre como a minha gravidez estava indo*) obteve maior pontuação com 296 (78,5%) das respostas dadas pelas gestantes. O segundo destaque foi para o item 13 (*Eu estou satisfeita com os serviços de uma enfermeira de saúde pública façam parte da atenção pré-natal*) com 287 (76,1%) das opções de respostas.

É possível evidenciar um alto grau de satisfação das gestantes deste estudo em relação a dois principais aspectos do atendimento que são: informações recebidas pelo profissional do acompanhamento de pré-natal sobre o andamento gestacional e assistência de uma enfermeira de saúde pública como parte da atenção pré-natal. Um aspecto predominante de discordância foi identificado no item 19 (*Eu estou satisfeita com a maneira como o meu profissional tem me preparado para o trabalho de parto e parto*) em que foram registradas 164 (43,5%) respostas negativas, demonstrando insatisfação por parte das gestantes em relação ao preparado do profissional quanto ao trabalho de parto e parto.

Para a subescala informação do profissional, houve predomínio de alta satisfação que foi registrada por 247 (65,5%) das opções de respostas. Tais resultados retratam um bom nível de satisfação das gestantes em relação às informações concedidas pelo profissional, durante as consultas de pré-natal. Tais resultados estão apresentados na Tabela 18 a seguir.

Tabela 18 - Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala informação do profissional do domínio satisfação da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) (n = 377). Bauru-SP, 2017.

PESPC Itens (Satisfação)	Escore das respostas						NR
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	
13. Eu estou satisfeita com os serviços de uma enfermeira de saúde pública façam parte da atenção pré-natal.	7 (1,9)	287 (76,1)	27 (7,2)	8 (2,1)	46 (12,2)	2 (0,5)	0 (0)
14. Eu estou satisfeita com as explicações que o meu profissional me dava sobre o que iria acontecer nas minhas consultas de pré-natal.	11 (2,9)	248 (65,8)	19 (5,0)	6 (1,6)	90 (23,9)	3 (0,8)	0 (0)
15. Eu estou satisfeita com as explicações que meu profissional me dava sobre os procedimentos médicos.	9 (2,4)	260 (69,0)	26 (6,9)	6 (1,6)	74 (19,6)	2 (0,5)	0 (0)
16. Eu estou satisfeita com as informações que o meu profissional me dava sobre como a minha gravidez estava indo.	10 (2,7)	296 (78,5)	21 (5,6)	4 (1,1)	44 (11,7)	2 (0,5)	0 (0)
17. Eu estou satisfeita com os assuntos que meu profissional discutia durante as minhas consultas de pré-natal.	8 (2,1)	275 (72,9)	22 (5,8)	9 (2,4)	58 (15,4)	5 (1,3)	0 (0)
18. Eu estou satisfeita com as explicações que o meu profissional me dava sobre o que eu posso esperar de ser mãe de um recém-nascido.	6 (1,6)	160 (42,4)	17 (4,5)	11 (2,9)	174 (46,2)	9 (2,4)	0 (0)
19. Eu estou satisfeita com a maneira como o meu profissional tem me preparado para o trabalho de parto e parto.	12 (3,2)	156 (41,4)	18 (4,8)	12 (3,2)	164 (43,5)	15 (4,0)	0 (0)

Legenda: (1) concordo totalmente; (2) concordo; (3) concordo um pouco; (4) discordo um pouco; (5) discordo; (6) discordo totalmente. NR = não respondeu

Em relação à subescala cuidado profissional, foi constatado alto grau de satisfação das gestantes em todos os itens desta subescala por meio do predomínio de respostas de concordância. A opção de resposta predominante foi a opção “concordo”, sendo o item de destaque o item 23 (*Eu estou satisfeita com a sensação que eu não estou desperdiçando o tempo do meu profissional*) com 296 (78,5%) das opções de respostas registradas, seguido do item 21 (*Eu estou satisfeita com o respeito que o meu profissional tem por mim*) com 295 (78,2%) de respostas registradas.

Para a subescala cuidado profissional, houve predomínio de alta satisfação que foi registrada por 343 (91%) das opções de respostas. Tais resultados retratam ótimo nível de satisfação das gestantes em relação à forma de relacionamento interpessoal do profissional responsável pelo cuidado pré-natal com a gestante. Tais resultados estão apresentados na Tabela 19 a seguir.

Tabela 19 - Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala cuidado profissional do domínio satisfação da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) (n = 377). Bauru-SP, 2017.

PESPC Itens (Satisfação)	Escore das respostas						NR n (%)
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	
20. Eu estou satisfeita com a forma como o meu profissional me trata.	45 (11,9)	282 (74,8)	25 (6,6)	8 (2,1)	16 (4,2)	1 (0,3)	0 (0)
21. Eu estou satisfeita com o respeito que o meu profissional tem por mim.	58 (15,4)	295 (78,2)	13 (3,4)	4 (1,1)	7 (1,9)	0 (0)	0 (0)
22. Eu estou satisfeita com a qualidade do cuidado que eu recebo do meu profissional.	45 (11,9)	269 (71,4)	26 (6,9)	6 (1,6)	30 (8,0)	1 (0,3)	0 (0)
23. Eu estou satisfeita com a sensação que eu não estou desperdiçando o tempo do meu profissional.	35 (9,3)	296 (78,5)	18 (4,8)	2 (0,5)	24 (6,4)	2 (0,5)	0 (0)
24. Eu estou satisfeita em poder fazer perguntas sem constrangimento (sem sentir vergonha).	44 (11,7)	263 (69,8)	26 (6,9)	8 (2,1)	33 (8,8)	3 (0,8)	0 (0)
25. Eu estou satisfeita com não ter que repetir a minha história cada vez que eu venho para uma consulta.	38 (10,1)	265 (70,3)	20 (5,3)	6 (1,6)	45 (11,9)	3 (0,8)	0 (0)

Legenda: (1) concordo totalmente; (2) concordo; (3) concordo um pouco; (4) discordo um pouco; (5) discordo; (6) discordo totalmente. NR = não respondeu.

Quanto à subescala interesse da equipe, dos seis itens existentes, cinco tiveram predomínio da opção de resposta “concordo”. O item de maior destaque nesta opção foi o item 28 (*Eu estou satisfeita com a forma como a equipe me trata*) com 203 (53,8%) das opções de respostas registradas, seguido do item 29 (*Eu estou satisfeita com o tempo que a equipe dedica a mim, mesmo eu não tendo problemas nesta gravidez*) com 186 (49,3%) das opções de respostas obtidas.

O item que obteve predomínio de respostas discordantes foi o item 27 (*Eu estou satisfeita com o tempo que a equipe gasta falando sobre coisas de meu interesse*) com 141 (37,4%) das respostas registradas, demonstrando assim o destaque de insatisfação das gestantes participantes deste estudo quanto ao tempo gasto pela equipe para orientá-las quanto a assuntos de interesses delas.

Para a subescala interesse da equipe, houve predomínio de alta satisfação que foi registrada por 206 (54,6%) das opções de respostas. Tais resultados retratam um bom nível de satisfação das gestantes participantes deste estudo em relação ao interesse da equipe durante o cuidado pré-natal. Entretanto, devido ao percentual de satisfação registrado para a subescala interesse da equipe (54,6%), pode-se considerar a necessidade de implementação de ações e estratégias de capacitação profissional dos membros das equipes com o objetivo de melhorar o nível de satisfação das gestantes em relação ao interesse demonstrado pela equipe durante o acompanhamento de pré-natal. Tais resultados estão apresentados na Tabela 20 a seguir.

Tabela 20 - Distribuição da frequência de respostas aos itens da subescala interesse da equipe do domínio satisfação da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) (n = 377). Bauru-SP, 2017.

PESPC Itens (Satisfação)	Escore das respostas						NR n (%)
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	
26. Eu estou satisfeita com a forma como os membros da equipe demonstram preocupação sobre mim.	7 (1,9)	159 (42,2)	67 (17,8)	38 (10,1)	90 (23,9)	16 (4,2)	0 (0)
27. Eu estou satisfeita com o tempo que a equipe gasta falando sobre coisas de meu interesse.	9 (2,4)	140 (37,1)	48 (12,7)	20 (5,3)	141 (37,4)	19 (5,0)	0 (0)
28. Eu estou satisfeita com a forma como a equipe me trata.	13 (3,4)	203 (53,8)	56 (14,9)	36 (9,5)	56 (14,9)	13 (3,4)	0 (0)
29. Eu estou satisfeita com o tempo que a equipe dedica a mim, mesmo eu não tendo problemas nesta gravidez.	10 (2,7)	186 (49,3)	43 (11,4)	20 (5,3)	102 (27,1)	16 (4,2)	0 (0)
30. Eu estou satisfeita com o interesse e preocupação que a equipe demonstra ter comigo.	7 (1,9)	156 (41,4)	67 (17,8)	20 (5,3)	106 (28,1)	21 (5,6)	0 (0)
31. Eu estou satisfeita com a forma como a equipe lida com todos os meus problemas de saúde.	10 (2,7)	178 (47,2)	51 (13,5)	20 (5,3)	103 (27,3)	15 (4,0)	0 (0)

Legenda: (1) concordo totalmente; (2) concordo; (3) concordo um pouco; (4) discordo um pouco; (5) discordo; (6) discordo totalmente. NR = não respondeu.

Para a subescala características do sistema, dos dez itens existentes, oito itens tiveram predomínio da opção de resposta “concordo”, sendo a maior frequência identificada no item 41 (*Eu estou satisfeita com o número de consultas de pré-natal que eu fiz durante os primeiros seis a sete meses de gravidez*) com 313 (83,0%) de opções de respostas registradas, sendo o segundo destaque para o item 40 (*Eu estou satisfeita com receber todos os exames recomendados*) com 297 (78,8%) de respostas obtidas.

Apenas dois itens apresentaram pontuações que indicavam aspectos discordantes para o grau de satisfação, sendo tal discordância registrada pelos itens: item 34 (*Eu estou satisfeita com as facilidades de estacionamento do serviço de saúde*) com 163 (43,2%) seguido do item 33 (*Eu estou satisfeita com o tempo total que eu gasto no serviço de saúde*) com 137 (36,3%).

Das 377 gestantes participantes do estudo, apenas 4 (1,1%) das gestantes não responderam ao item 34 (*Eu estou satisfeita com as facilidades de estacionamento do serviço de saúde*), alegando não terem como responder a tal questionamento devido à inexistência de estacionamento no serviço público de saúde em questão; 6 (1,65%) gestantes se recusaram a responder ao item 38 (*Eu estou satisfeita com facilidade que foi reagendar as minhas consultas de pré-natal*), justificando nunca terem vivenciado tal experiência de reagendamento das consultas de pré-natal e por isso não tinham condições de fornecerem uma avaliação real quanto à situação questionada. O predomínio de discordância, relacionada a estes dois itens da subescala características do sistema, indica insatisfação por parte das gestantes quanto às facilidades de estacionamentos dos serviços de saúde e com a facilidade que foi reagendar as consultas de pré-natal.

Para a subescala características dos sistemas, houve predomínio de insatisfação, que foi registrada por 200 (53,1%) das opções de respostas. Tais resultados retratam insatisfação das gestantes em relação à infraestrutura apresentada nos serviços públicos de saúde, bem como medidas organizacionais do serviço. Tais achados demonstraram a necessidade de melhorias tanto na parte de infraestrutura dos serviços de saúde, quanto nas medidas de funcionamento e organização dos serviços. Tais resultados estão apresentados na Tabela 21 a seguir.

Tabela 21 - Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala características do sistema do domínio satisfação da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) (n = 377). Bauru-SP, 2017.

PESPC Itens (Satisfação)	Escore das respostas						NR n (%)
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	
32. Eu estou satisfeita com a quantidade de tempo que eu espero para ser atendida pelo meu profissional.	4 (1,1)	115 (30,5)	34 (9,0)	37 (9,8)	103 (27,3)	84 (22,3)	0 (0)
33. Eu estou satisfeita com o tempo total que eu gasto no serviço de saúde.	5 (1,3)	105 (27,9)	36 (9,5)	31 (8,2)	137 (36,3)	63 (16,7)	0 (0)
34. Eu estou satisfeita com as facilidades de estacionamento do serviço de saúde.	4 (1,1)	108 (28,6)	21 (5,6)	20 (5,3)	163 (43,2)	57 (15,1)	4 (1,1)
35. Eu estou satisfeita com as condições da sala de espera do serviço de saúde.	1 (0,3)	127 (33,7)	45 (11,9)	29 (7,7)	121 (32,1)	54 (14,3)	0 (0)
36. Eu estou satisfeita com a sala de exames do consultório do serviço de saúde.	7 (1,9)	223 (59,2)	37 (9,8)	31 (8,2)	60 (15,9)	19 (5,0)	0 (0)
37. Eu estou satisfeita com a possibilidade de agendar as consultas de pré-natal de acordo com a minha disponibilidade.	8 (2,1)	191 (50,7)	24 (6,4)	12 (3,2)	101 (26,8)	41 (10,9)	0 (0)
38. Eu estou satisfeita com facilidade que foi reagendar as minhas consultas de pré-natal.	12 (3,2)	238 (63,1)	18 (4,8)	19 (5,0)	61 (16,2)	23 (6,1)	6 (1,6)
39. Eu estou satisfeita com a facilidade com que consegui agendar o meu pré-natal no início da minha gravidez (isto é, antes do quarto mês).	17 (4,5)	279 (74,0)	17 (4,5)	10 (2,7)	42 (11,1)	12 (3,2)	0 (0)
40. Eu estou satisfeita com receber todos os exames recomendados.	15 (4,0)	297 (78,8)	12 (3,2)	10 (2,7)	30 (8,0)	13 (3,4)	0 (0)
41. Eu estou satisfeita com o número de consultas de pré-natal que eu fiz durante os primeiros seis a sete meses de gravidez.	11 (2,9)	313 (83,0)	15 (4,0)	9 (2,4)	23 (6,1)	6 (1,6)	0 (0)

Legenda: (1) concordo totalmente; (2) concordo; (3) concordo um pouco; (4) discordo um pouco; (5) discordo; (6) discordo totalmente; NR = não respondeu

De modo geral, os dados apresentados nas Tabelas 18, 19, 20, 21 referentes aos itens relacionados ao domínio satisfação da versão brasileira do instrumento PESPC demonstraram que as gestantes participantes do estudo apresentaram um alto nível de satisfação em relação à assistência de pré-natal recebida nos serviços públicos de saúde selecionados neste estudo.

Na avaliação geral das frequências de respostas da versão brasileira do instrumento PESPC, nota-se um equilíbrio na escolha da opção de resposta 2 (concordo) no qual se registraram 68,2% das respostas obtidas, representando o predomínio em 28 itens dentro dos 41 itens totais. A análise das opções de respostas 5 (discordo) foi registrada para 13 itens, representando 31,7% das opções de respostas registradas.

Em relação à frequência de respostas aos itens da versão brasileira do instrumento PESPC para os dois domínios, expectativa e satisfação, constatou-se que no domínio expectativa houve predomínio de respostas de discordância para a subescala cuidado integral. Os resultados da análise do domínio expectativa das gestantes participantes da pesquisa identificaram baixa expectativa para todas as subescalas desse domínio, sendo os destaques de registros identificados na seguinte ordem: cuidado integral com 297 (78,8%), cuidado personalizado com 265 (70,3%), seguimento com o mesmo profissional com 218 (57,8%), outros serviços com 198 (52,5%). Tais resultados demonstraram que as gestantes apresentam baixas expectativas em relação a receberem um cuidado integral durante o pré-natal, receberem um cuidado personalizado do profissional, serem atendidas pelo mesmo profissional de saúde e receberem suporte de outros tipos de serviços de saúde.

Em relação ao domínio satisfação, a análise da frequência de respostas aos itens deste domínio demonstrou uma maior frequência de concordância para os fatores relacionados a este domínio. O destaque foi para o fator cuidado profissional, no qual todos os itens desta subescala apresentaram mais de 50% de escolha para a opção de resposta 2 (concordo), sendo constatada prevalência de concordância para os seis itens existentes nesta subescala. A opção de resposta 6 (discordo totalmente) foi a opção menos frequentemente escolhida pelas gestantes participantes do estudo, sendo que no item 21 não obteve nenhum registro, ou seja, com nenhuma pontuação para este valor.

4.4 Resultados do teste de associação e regressão logística simples dos domínios da versão brasileira do instrumento PESPC, expectativa e satisfação

Os resultados dos testes de associação e regressão logística simples para o domínio expectativa da versão brasileira do instrumento PESPC demonstraram que as variáveis selecionadas não são associadas ao constructo expectativa, pois os valores dos intervalos de confiança passam pelo 1, e o nível de significância estatística foi superior ao p-valor determinado. Apesar disso, os resultados encontrados para algumas variáveis podem ser destacados, como, por exemplo, as variáveis: estado civil, nível de escolaridade e ter realizado o cuidado pré-natal no mesmo serviço de saúde.

A variável “situação conjugal”, embora não tenha apresentado significância estatística, pode-se notar que as gestantes com companheiros apresentam uma tendência maior de ter uma alta expectativa, quando comparadas com as gestantes sem companheiros (OR = 1,78; IC 95% = 0,97-3,27). Isto pode indicar que o fato de ter companheiro pode estar associado a maiores níveis de expectativa com o cuidado pré-natal.

A variável “nível de escolaridade”, também, embora não tenha apresentado significância estatística, pode-se observar que as gestantes com nível superior apresentam uma tendência maior de terem alta expectativa, quando comparadas com as gestantes com nível fundamental e médio (OR = 2,46; IC 95% = 0,60-10,04). Portanto, o nível de escolaridade pode estar associado a maiores níveis de expectativa com o cuidado pré-natal.

Em relação à variável “ter realizado o cuidado pré-natal no mesmo serviço”, as gestantes que relataram “não terem realizado o cuidado pré-natal no mesmo serviço” apresentaram tendência maior de apresentarem altas expectativas em relação às gestantes que relataram “terem realizado o cuidado pré-natal no mesmo serviço”.

As variáveis relacionadas à faixa etária do intervalo de 25 a 29 anos (OR = 0,911; IC 95% = 0,50; 1,64) e a religião evangélica (OR = 0,867; IC 95% = 0,49; 1,52) apresentaram valor de *Odds ratio* bruto menor que 1, ou seja, demonstraram ser um fator de proteção para nível de expectativa. Os resultados encontrados demonstraram que não houve relação entre as variáveis e os níveis de expectativa para os dois tipos de serviços, USF e UBS. Tais resultados estão apresentados na Tabela 22 a seguir.

Tabela 22 - Resultados do teste de associação e regressão logística simples para o domínio expectativa da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) (n = 377). Bauru-SP, 2017.

Variáveis	n (%)	n (%)	Total	p-valor*	Odds ratio bruto	IC (95%)
Faixa etária						
20 - 24	102 (27,06)	35 (9,28)	137 (36,34)	0,8853	1,000	Referência
25 - 29	80 (21,22)	25 (6,63)	105 (27,85)		0,911	(0,50; 1,64)
30 - 35	64 (16,98)	25 (6,63)	89 (23,61)		1,138	(0,62; 2,07)
Maior que 35	33 (8,75)	13 (3,45)	46 (12,20)		1,148	(0,54; 2,42)
Situação conjugal						
Com companheiro	244 (64,72)	78 (20,69)	322 (85,41)	0,0675	1,000	Referência
Sem companheiro	35 (9,28)	20 (5,31)	55 (14,59)		1,788	(0,97; 3,27)
Cor						
Branca	147 (38,99)	49 (13,00)	196 (51,99)	0,5852	1,000	Referência
Negra	22 (5,84)	11 (2,92)	33 (8,75)		1,500	(0,67; 3,31)
Parda	110 (29,18)	38 (10,08)	148 (39,26)		1,036	(0,63; 1,69)
Escolaridade						
Ensino fundamental	16 (4,34)	4 (1,06)	20 (5,31)	0,3609	1,000	Referência
Ensino médio	250 (66,31)	86 (22,81)	336 (89,12)		1,376	(0,44; 4,22)
Ensino superior	13 (3,45)	8 (2,12)	21 (5,57)		2,462	(0,60; 10,04)
Renda familiar						
Até 2 salários	184 (48,81)	70 (18,57)	254 (67,37)	0,3808	1,291	(0,78; 2,13)
Igual ou superior a 3 salários	95 (25,20)	28 (7,43)	123 (32,63)		1,000	Referência
Situação profissional						
Remunerada	106 (28,12)	34 (9,02)	140 (37,14)	0,6273	1,000	Referência
Não remunerada	173 (45,89)	64 (16,98)	237 (62,86)		1,153	(0,71; 1,86)
Religião						
Católica	78 (20,69)	27 (7,16)	105 (27,85)	0,3492	1,000	Referência
Evangélica	130 (34,48)	39 (10,34)	169 (44,83)		0,867	(0,49; 1,52)
Outras	71 (18,83)	32 (8,49)	103 (27,32)		1,302	(0,71; 2,38)
Paridade						
Primigesta	69 (18,30)	20 (5,31)	89 (23,61)	0,4106	1,000	Referência
Multigesta	210 (55,70)	78 (20,69)	288 (76,39)		1,281	(0,73; 2,24)
Mesmo serviço de pré-natal						
Sim	130 (47,62)	42 (15,38)	172 (63,00)	0,1608	1,000	Referência
Não	68 (24,91)	33 (12,09)	101 (37,00)		1,502	(0,87; 2,58)
Satisfeita pré-natal anterior						
Sim	190 (69,60)	72 (26,37)	262 (95,97)	1,0000	1,011	(0,26; 3,91)
Não	8 (2,93)	3 (1,10)	11 (4,03)		1,000	Referência
Número de consultas						
2 a 3 consultas	36 (9,55)	13 (3,45)	49 (13,0)	0,9965	1,032	(0,47; 2,22)
4 a 5 consultas	83 (22,02)	30 (7,96)	113 (29,97)		1,033	(0,56; 1,88)
6 a 7 consultas	80 (21,22)	27 (7,43)	107 (28,38)		0,964	(0,52; 1,78)
8 ou mais consultas	80 (21,22)	28 (7,43)	108 (28,65)		1,000	Referência

Legenda: Nível de significância $\alpha = 0,05$; IC 95% = Intervalo com 95% de confiança;
OR Bruto = Odds Ratio Bruto, *p-valor referente ao Teste Exato de Fisher

Os resultados dos testes de associação e regressão logística simples para o domínio satisfação da versão brasileira do instrumento PESPC demonstram que, das variáveis analisadas, somente a variável “ter utilizado o mesmo serviço de pré-natal” apresentou associação e significância estatística ($p = 0,0398$). Isto significa dizer que as gestantes que “utilizaram o mesmo serviço de pré-

natal” apresentaram chances maiores de terem nível de satisfação com o cuidado pré-natal em relação às “gestantes que não utilizaram o mesmo serviço de pré-natal” (OR = 1,711; IC 95% = 1,03-2,82).

Embora a variável “ter ficado satisfeita com o cuidado pré-natal recebido em uma gestação anterior” não tenha apresentado significância estatística, pode-se notar que as gestantes que “ficaram satisfeitas com o cuidado pré-natal recebido em uma gestação anterior” apresentaram uma tendência maior de ter uma alta satisfação, quando comparadas com as gestantes que “não ficaram satisfeitas com o cuidado pré-natal recebido em uma gestação anterior” (OR = 2,915; IC 95% = 0,61-13,76). Isto pode indicar que o fato de ficar satisfeita com o cuidado pré-natal em uma gestação anterior pode estar associado a maiores níveis de satisfação com o cuidado pré-natal.

Em relação à variável “paridade”, embora também não tenha apresentado significância estatística, pode-se observar que as “gestantes multigestas” apresentaram uma tendência maior de terem maior satisfação, quando comparadas com as “gestantes primigestas” (OR = 1,514; IC 95% = 0,93-2,44). Portanto, a paridade pode estar associada a maiores níveis de satisfação com o cuidado pré-natal.

Quanto à variável “faixa etária”, também não apresentou significância estatística, entretanto, é possível observar que as gestantes com faixa etária maior de 35 anos apresentaram uma tendência maior de terem maior satisfação, quando comparadas com as gestantes com faixa etária de 20 a 24 anos (OR = 1,759; IC 95% = 0,87-3,55). Por isso, a faixa etária pode estar associada a maiores níveis de satisfação com o cuidado pré-natal.

Quanto à variável “número de consultas”, embora não tenha apresentado significância estatística, é possível destacar que as “gestantes que realizaram 8 ou mais consultas de pré-natal” apresentaram uma tendência maior de terem maior satisfação quando comparadas com as “gestantes que realizaram de 2 a 3 consultas de pré-natal”. Isto pode indicar que o fato de ter realizado mais consultas pode estar associado a maiores níveis de satisfação com o cuidado pré-natal.

As variáveis relacionadas à cor negra (OR = 0,976; IC 95% = 0,46-2,05), nível de escolaridade de ensino médio (OR = 0,841; IC 95% = 0,33-2,08) e religião evangélica (OR = 0,957; IC 95% = 0,58-1,57) apresentaram valor de *Odds ratio* bruto menor que 1, ou seja, demonstraram ser um fator de proteção para nível de satisfação.

Os resultados encontrados demonstraram que não houve relação entre as variáveis e os níveis de satisfação para os dois tipos de serviços, USF e UBS. Tais resultados estão apresentados na Tabela 23 abaixo.

Tabela 23 - Resultados do teste de associação e regressão logística simples para o domínio satisfação da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) (n = 377). Bauru-SP, 2017.

Variáveis	n (%)	n (%)	Total	p-valor*	Odds ratio bruto	IC (95%)
Faixa etária						
20 - 24	63 (16,71)	74 (19,63)	137 (36,34)	0,3153	1,000	Referência
25 - 29	46 (12,20)	59 (15,65)	105 (27,85)		1,092	(0,65; 1,82)
30 - 35	33 (8,75)	56 (14,85)	89 (23,61)		1,445	(0,83; 2,49)
Maior que 35	15 (3,98)	31 (8,22)	46 (12,20)		1,759	(0,87; 3,55)
Situação conjugal						
Com companheiro	134 (35,54)	188 (49,87)	322 (85,41)	1,0000	1,008	(0,56; 1,80)
Sem companheiro	23 (6,10)	32 (8,49)	55 (14,59)		1,000	Referência
Cor						
Branca	82 (21,75)	114 (30,24)	196 (51,99)	0,9873	1,000	Referência
Negra	14 (3,71)	19 (5,04)	33 (8,75)		0,976	(0,46; 2,05)
Parda	61 (16,18)	87 (23,08)	148 (39,26)		1,026	(0,66; 1,58)
Escolaridade						
Ensino fundamental	7 (1,86)	13 (3,45)	20 (5,31)	0,8199	1,143	(0,32; 4,08)
Ensino médio	142 (37,67)	194 (51,46)	336 (89,12)		0,841	(0,33; 2,08)
Ensino superior	8 (2,12)	13 (3,45)	21 (5,57)		1,000	Referência
Renda familiar						
Até 2 salários	113 (29,97)	141 (37,40)	254 (67,37)	0,1193	1,000	Referência
Igual/superior a 3 salários	44 (11,67)	79 (20,95)	123 (32,63)		1,439	(0,92; 2,24)
Situação profissional						
Remunerada	63 (16,71)	77 (20,42)	140 (37,14)	0,3315	1,000	Referência
Não remunerada	94 (24,93)	143 (37,93)	237 (62,86)		1,245	(0,81; 1,89)
Religião						
Católica	39 (10,34)	66 (17,51)	105 (27,85)	0,5440	1,262	(0,72; 2,20)
Evangélica	74 (19,63)	95 (25,20)	169 (44,83)		0,957	(0,58; 1,57)
Outras	44 (11,67)	59 (15,65)	103 (27,32)		1,000	Referência
Paridade						
Primigesta	44 (11,67)	45 (11,94)	89 (23,61)	0,1095	1,000	Referência
Multigesta	113 (29,97)	175 (46,42)	288 (76,39)		1,514	(0,93; 2,44)
Mesmo serviço de pré-natal						
Sim	58 (21,25)	114 (41,76)	172 (63,00)	0,0398	1,711	(1,03; 2,82)
Não	47 (17,22)	54 (19,78)	101 (37,00)		1,000	Referência
Satisfeita com pré-natal anterior						
Sim	103 (37,73)	159 (58,24)	262 (95,97)	0,2129	1,000	(0,61; 13,76)
Não	2 (0,73)	9 (3,30)	11 (4,03)		2,915	
Número de consultas						
2 a 3 consultas	25 (6,63)	24 (6,37)	49 (13,0)	0,2888	1,000	Referência
4 a 5 consultas	51 (13,53)	62 (16,45)	113 (29,97)		1,266	(0,64; 2,47)
6 a 7 consultas	41 (10,88)	66 (17,51)	107 (28,38)		1,677	(0,84; 3,31)
8 ou mais consultas	40 (10,61)	68 (18,04)	108 (28,65)		1,771	(0,89; 3,50)

Legenda: Nível de significância $\alpha = 0,05$; IC 95% = Intervalo com 95% de Confiança;
OR Bruto = Odds Ratio Bruto, *p-valor referente ao Teste Exato de Fisher

4.5 Resultados da análise da confiabilidade (Alfa de Cronbach) para os dois domínios da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC), expectativa e satisfação

A análise da confiabilidade da versão brasileira do instrumento PESPC para a amostra do estudo foi realizada pelo cálculo do Alfa de Cronbach para os dois domínios do instrumento, expectativa e satisfação, sendo constatado para o domínio expectativa o valor de $\alpha = 0,82$, para o domínio satisfação o valor de $\alpha = 0,91$. Ao comparar os resultados encontrados neste estudo com os resultados obtidos da versão brasileira do instrumento validada para o Brasil por Prudêncio et al. (2013) e com a versão original do instrumento PESPC de Omar, Schiffman e Bingham (2001), é possível identificar que o domínio expectativa apresentou um valor de Alfa ($\alpha = 0,82$) superior aos valores de Alfa encontrados por Prudêncio et al. (2013) e Omar, Schiffman e Bingham (2001), os quais foram respectivamente, $\alpha = 0,70$ e $\alpha = 0,72$.

Para o domínio satisfação, é possível identificar que o valor do Alfa de Cronbach neste estudo foi superior ($\alpha = 0,91$) ao valor de Alfa encontrado por Prudêncio et al. (2013) que foi de $\alpha = 0,82$ e inferior ao valor de Alfa da versão original do instrumento PESPC que foi de $\alpha = 0,94$. Tais resultados demonstram que a versão brasileira do instrumento PESPC foi considerada válida e confiável para a amostra brasileira estudada do município de Bauru. Tais resultados de comparação dos valores do Alfa de Cronbach dos três estudos estão apresentados na Tabela 24 a seguir.

Tabela 24 - Confiabilidade dos domínios expectativa e satisfação da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) (n = 377). Bauru-SP, 2017.

Confiabilidade dos domínios da versão brasileira do instrumento PESPC	Prudêncio (2017) (n = 377) α	Prudêncio et al. (2013) (n = 119) α	Omar, Schiffman e Bingham (2001) (n = 587) α
Expectativa	0,82	0,70	0,72
Satisfação	0,91	0,80	0,94

Legenda: α = Alfa de Cronbach

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

O presente estudo de avaliação da expectativa e satisfação da gestante com o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde por meio da avaliação dos serviços públicos de saúde de acompanhamento de pré-natal, no município de Bauru, constituiu-se em um importante desafio a ser realizado, mediante a importante contribuição que pode gerar os resultados provenientes deste estudo para a melhora da qualidade pré-natal.

Diante da disponibilidade da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) (PRUDÊNCIO et al., 2013; PRUDÊNCIO et al., 2015), a finalidade do presente estudo foi realizar uma avaliação da expectativa e satisfação das gestantes em acompanhamento de pré-natal de baixo risco obstétrico, em oito serviços públicos de saúde de acompanhamento pré-natal, no município de Bauru, os quais foram realizados em seis Unidades Básicas de Saúde e duas Unidades de Saúde da Família.

Os resultados da análise estatística descritiva da caracterização sociodemográfica das 377 gestantes participantes deste estudo levaram à seguinte identificação: idade média geral identificada foi de 27,69 anos (DP = 5,6) variando de 20 a 43 anos; 322 (85,4%) das gestantes viviam com seus companheiros; 224 (59,4%) referiram apresentar ensino médio completo; 237 (62,9%) eram donas de casa; 169 (44,8%) eram evangélicas e com 254 (67,4%) das gestantes que referiram viver com renda familiar mensal de um a dois salários-mínimos.

Em relação aos resultados gerais obtidos após aplicação da versão brasileira do instrumento PESPC com as 377 gestantes participantes deste estudo, foi possível identificar que para o domínio expectativa houve destaque de respostas de discordância, demonstrando um predomínio de baixa expectativa das gestantes quanto ao cuidado pré-natal, registrado por um total de 279 (74%) das opções de respostas das gestantes. A análise das quatro subescalas existentes no domínio expectativa (cuidado integral, seguimento com o mesmo profissional, cuidado personalizado e outros serviços) constatou que a subescala cuidado integral registrou um predomínio de respostas discordantes para todos os itens.

Tais resultados referentes ao domínio expectativa refletem as baixas expectativas das gestantes em relação ao cuidado pré-natal e que envolvem aspectos relacionados ao cuidado integral, seguimento com o mesmo profissional, cuidado personalizado e oferecimento de outros tipos de serviços, durante o acompanhamento de pré-natal.

Em relação ao domínio satisfação, os resultados demonstraram um predomínio de respostas de concordância, mostrando uma alta satisfação das gestantes quanto ao cuidado pré-natal, registrado por 220 (58,4%) das opções de respostas das gestantes participantes do estudo. Os resultados

referentes à análise das quatro subescalas existentes no domínio satisfação (informação do profissional, cuidado profissional, interesse da equipe e características dos sistemas) constataram predomínio de insatisfação para a subescala características dos sistemas e alto nível de satisfação para a subescala cuidado profissional.

A subescala características dos sistemas foi a que apresentou destaque para insatisfação das gestantes com o cuidado pré-natal, principalmente para aspectos relacionados: às facilidades de estacionamento do serviço de saúde e ao tempo total gasto no serviço de saúde. A subescala cuidado profissional apresentou predomínio de respostas de concordância (opção de resposta 2 – concordo) para os seis itens existentes nesta subescala. Para esta subescala, o item 21 não apresentou nenhum registro da opção de resposta 6 (discordo totalmente), fato que ressalta o alto nível de satisfação das gestantes em relação ao tratamento do profissional responsável pelo oferecimento do cuidado pré-natal. Tal tratamento é expresso na forma respeitosa de tratamento, na qualidade do cuidado, na liberdade de poder fazer perguntas sem sentir constrangimento e no fato de não ter de repetir sua história em todas as consultas de pré-natal.

Os resultados acima mencionados demonstraram que a avaliação da pontuação quanto ao nível geral de expectativa e satisfação das gestantes participantes do estudo identificaram baixa expectativa e alta satisfação para ambos os serviços públicos de saúde (UBS e USF). A verificação da diferença entre a soma da pontuação dos domínios expectativa e satisfação da versão brasileira do instrumento PESPC para os dois serviços públicos de saúde pré-natal, UBS e USF através da realização do Teste *t* de *Student* não demonstrou diferenças estatísticas significativas. Para expectativa, o valor encontrado foi $p\text{-valor} = 0,97$ e para satisfação foi $p\text{-valor} = 0,37$. Tais resultados demonstraram que pertencer à USF ou à UBS não fez diferença sobre os níveis de expectativa e satisfação das gestantes participantes deste estudo.

Tais achados deste estudo divergem da afirmação apresentada por Starfield (2002) quanto à superioridade do modelo de atendimento prestado pela ESF em relação a outros modelos alternativos da APS. Resultados concordantes com a constatação de Starfield (2002) foram identificados no estudo de Oliveira et al. (2013). Nesse estudo foi identificado que o cuidado pré-natal oferecido pelas USFs obteve um melhor desempenho do que das UBSs, entretanto, ambos os modelos de atenção à saúde apresentaram baixos índices de cobertura de ações básicas, refletindo assim na necessidade de implementação de ações urgentes por parte de gestores e profissionais de saúde envolvidos com este tipo de atendimento.

A análise da estatística descritiva da pontuação geral do nível de expectativa e satisfação das gestantes por tipo de serviço público de saúde, UBS e USF, também foi analisada separadamente. Para as UBSs, a análise da estatística descritiva da pontuação do nível de expectativa e satisfação foi

realizada para as 298 gestantes participantes e realizadas as seguintes constatações. Para o domínio expectativa, a maior média entre os itens foi para a subescala cuidado integral (média = 16,0; mediana = 17; DP = 4,12), seguida da subescala cuidado personalizado (média = 15,3; mediana = 17; DP = 4,42). Quanto aos maiores valores de intervalo obtidos, os mesmos foram identificados nas subescalas cuidado integral (valor máximo = 24) e cuidado personalizado (valor máximo = 24).

Para o domínio satisfação, a maior média identificada foi para a subescala características do sistema (média = 32,4; mediana = 32; DP = 8,38), seguida da subescala informação do profissional (média = 20,2; mediana = 19; DP = 6,59). Os maiores valores de intervalos obtidos identificados foram para a subescala interesse da equipe (valor máximo = 36), seguida da subescala características do sistema (valor máximo = 56), representando os aspectos negativos de satisfação por parte das participantes do estudo pertencentes às UBSs. O intervalo obtido tanto para o domínio expectativa como para o domínio satisfação, na amostra estudada, mostra-se muito próximo ao intervalo possível especialmente no extremo superior.

Para as USFs, a análise da estatística descritiva da pontuação do nível de expectativa e satisfação foi realizada para as 79 gestantes participantes e realizadas as seguintes constatações. Para o domínio expectativa, a maior média entre os itens foi para a subescala cuidado integral (média = 16,0; mediana = 17; DP = 4,20), seguida da subescala cuidado personalizado (média = 15,1; mediana = 17; DP = 4,50). Foi identificado que todas as subescalas do domínio expectativa apresentaram ocorrência de valores máximos. Tais achados reforçam uma tendência da amostra estudada escolher respostas mais negativas para o domínio expectativa.

Para o domínio satisfação, constatou-se que a subescala que apresentou maior média foi a subescala características do sistema (média = 31,3; mediana = 30; DP = 8,92), seguida da subescala informação do profissional (média = 19,6; mediana = 19; DP = 6,00). Foi identificado que três subescalas registraram os valores mínimos permitidos que foram: informação do profissional (valor mínimo = 7), cuidado profissional (valor mínimo = 6) e interesse da equipe (valor mínimo = 6). Neste domínio a ocorrência de valores máximos foi registrada para a subescala interesse da equipe (valor máximo = 36) no intervalo de respostas possíveis (6-36), ultrapassando o valor médio do intervalo.

Os resultados mencionados acima permitem identificar que a pontuação do nível de expectativa e satisfação das gestantes de ambos os serviços públicos de saúde de acompanhamento de pré-natal, UBSs e USFs, apresentaram semelhanças no destaque das maiores médias identificadas, ou seja, para o domínio expectativa dos dois serviços de saúde, as subescalas que apresentaram as maiores médias foram referentes às subescalas cuidado integral e cuidado personalizado.

Para o domínio satisfação dos dois serviços públicos de saúde avaliados, UBSs e USFs, as subescalas que apresentaram as maiores médias foram referentes às subescalas características do

sistema e informação do profissional. Tal constatação permite identificar que as gestantes participantes dos dois modelos de atendimento de pré-natal apresentaram percepções semelhantes em relação ao cuidado pré-natal.

Os resultados encontrados após a aplicação da versão brasileira do instrumento PESPC para a amostra total de 377 gestantes, por meio da análise da estatística descritiva, constataram baixas expectativas com o cuidado pré-natal, registradas por 279 (74%) das opções de respostas das gestantes. Resultado similar foi identificado em um estudo realizado na Bélgica por Galle et al. (2015) onde os autores identificaram baixas pontuações, ou seja, baixa expectativa das gestantes com o cuidado pré-natal recebido. Nesse estudo de Galle et al. (2015), os autores detectaram que para o domínio expectativa, a pontuação média mais alta foi para a subescala cuidado personalizado com 67,4% dos registros (média = 16,18; DP = 5,36) e a pontuação média mais baixa obtida foi para a subescala outros serviços com 37,7% dos registros (média = 4,52; DP = 2,41). Tais resultados identificados no estudo realizado por Galle et al. (2015) com gestantes de grupos vulneráveis demonstrou semelhanças com os resultados encontrados neste estudo.

Para o domínio satisfação, a média mais alta obtida foi registrada na subescala cuidado profissional com 343 (91%) das opções de respostas, seguida da subescala informação do profissional com 247 (65,5%). Nesse domínio, o destaque de insatisfação foi constatado para a subescala características do sistema com registro de 200 (53,1%) das opções de respostas. Tais resultados demonstram que as gestantes expressaram predomínio de insatisfação em relação às características do sistema, bem como demonstraram estarem satisfeitas com o cuidado personalizado e com as informações do profissional durante o acompanhamento de pré-natal.

No estudo de Galle et al. (2015) foi identificado que a satisfação geral com os cuidados pré-natais foi considerada elevada, entretanto, as gestantes expressaram insatisfação em relação a informação recebida durante as consultas de pré-natal, bem como com os aspectos organizacionais dos cuidados pré-natais. Ao levar em consideração as informações recebidas pelo profissional durante as consultas de pré-natal, convém destacar a importância do estabelecimento de uma boa comunicação entre o profissional e a gestante. Tal recomendação é realizada uma vez a presença de barreiras linguísticas, bem como a utilização de jargões médicos, pode prejudicar a comunicação entre o profissional e as gestantes com baixos níveis de alfabetização, bem como mulheres imigrantes (NOVICK, 2009).

A análise da estatística descritiva da frequência dos itens para as oito subescalas da versão brasileira do instrumento PESPC permite realizar as seguintes considerações. Para a subescala cuidado integral, houve um predomínio de respostas das opções negativas “discordo”, apresentando como destaque de discordância o item 2 (*Eu esperava que minhas consultas de pré-natal durassem um*

tempo maior) e refletindo as baixas expectativas das gestantes quanto ao tempo de duração das consultas de pré-natal. Em concordância, os resultados identificados no estudo realizado no Brasil por Prudêncio (2012) também identificaram predomínio de respostas de discordância, representando baixas expectativas das gestantes em relação ao cuidado integral, bem como baixas expectativas em relação ao tempo das consultas de pré-natal.

Os itens referentes a subescala cuidado integral demonstram ações que refletem o cuidado integral com a gestante durante o acompanhamento de pré-natal que ultrapassam os cuidados direcionados apenas a condição biológica da gestação, envolvendo um cuidado integral. Santos, Radovanovic e Marcon (2010) destacam que a assistência pré-natal não deve se restringir apenas as ações clínico-obstétricas. Os autores mencionam que a assistência deve envolver ações educativas, bem como ações que visem atender as necessidades das gestantes levando em consideração o contexto em que elas vivem, agem e reagem.

Para a subescala seguimento com o mesmo profissional, houve um predomínio da resposta “discordo” para o item 5 (*Eu esperava ter um mesmo profissional para todas as minhas consultas de pré-natal*) com 226 (59,9%) das opções de respostas e um predomínio de opção de resposta “concordo” no item 6 (*Eu esperava que o profissional que faz o meu pré-natal fizesse o meu parto*) registrado por 242 (64,2%) das opções de respostas.

No estudo de Prudêncio (2012) houve predomínio de respostas de concordância tanto para o item 5 (*Eu esperava ter um mesmo profissional para todas as minhas consultas de pré-natal*) com (58%) quanto para o item 6 (*Eu esperava que o profissional que faz o meu pré-natal fizesse o meu parto*) com (59,7%). No presente estudo houve predomínio da baixa expectativa das gestantes em relação ao seguimento com o mesmo profissional de saúde durante o acompanhamento de pré-natal. Resultado diferente foi constatado por Galle et al. (2015) onde altas expectativas em relação a continuidade do cuidado com o mesmo profissional.

Tais observações identificadas neste estudo permitem destacar a baixa expectativa das gestantes quanto a poder contar com o mesmo profissional, durante todo o processo de gestação e parturição, e alta expectativa da gestante em esperar que o mesmo profissional que a acompanha durante o seu pré-natal realize o seu parto. Hildingsson, Andersson e Christensson (2014) demonstraram que 95% das gestantes relataram achar importante e terem expectativas de dar continuidade com o mesmo profissional, durante o acompanhamento de pré-natal.

Os achados desses estudos comprovaram que a continuidade do cuidado pode ser considerada como uma importante estratégia para melhorar a saúde e o bem-estar materno e neonatal. É uma estratégia que requer uma conexão entre os três serviços de alta qualidade de atendimento

materno que envolva a assistência, durante os períodos de pré-natal, parto e pós-parto (WAN; HONG, 2015).

Para a subescala cuidado personalizado, houve um predomínio de respostas de discordância para a grande maioria das respostas desta subescala, como exemplo, item 9 (*Eu esperava que alguém ouvisse os meus problemas*) com 279 (74%), item 8 (*Eu esperava que o profissional que me atende fosse cuidadoso durante o exame físico*) com 260 (69%) e item 7 (*Eu esperava que o profissional que faz o meu pré-natal se preocupasse com o meu estado mental da mesma forma que com o meu estado físico*) com 177 (46,9%). Já para o item 10 (*Eu esperava um encaminhamento quando eu falasse ao profissional/equipe sobre um problema*) houve um predomínio de 179 (47,5%) de respostas de concordância. Os resultados identificados sugerem baixo nível de expectativa das gestantes em receber um cuidado pré-natal personalizado, ou seja, não esperavam que o profissional fosse cuidadoso durante o exame físico; não esperavam que o profissional se preocupasse com estado mental delas e não esperavam que alguém da equipe ouvisse os seus problemas.

Resultados diferentes foram identificados no estudo de Prudêncio (2012) em que foi constatado um predomínio de respostas de concordância para a subescala cuidado personalizado, o que demonstra que as gestantes apresentaram uma alta expectativa em receber um cuidado personalizado.

Isso atesta que a capacitação técnico-científica dos profissionais de saúde não é suficiente para atender às necessidades das gestantes (GUERREIRO et al., 2012), uma vez que atitudes de sensibilidade e afetividade demonstradas desde o início do pré-natal por meio de uma escuta ativa, observação de reações e oferecimento de apoio podem favorecer a interação entre o paciente e profissional de saúde. Em um estudo realizado em Almería na Espanha por Díaz-Sáez et al. (2011), os autores ressaltam que um tratamento correto, educado e amável é um importante aspecto que influencia na satisfação dos usuários com os serviços de saúde.

Convém destacar que tratar a gestante com respeito e empatia contribui para a satisfação das mesmas, além de atender aos princípios preconizados pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento instituído pelo MS (BRASIL, 2000). Tal conduta coopera para o estabelecimento de um pré-natal qualificado que contribua para o bem estar da mulher e do bebê, corroborando assim com o quinto ODM, que tem como meta melhorar a saúde materna (BARRETO et al., 2015).

Para Barreto et al. (2015) para o exercício de uma assistência humanizada durante o pré-natal é necessário que exista por parte dos profissionais de saúde um comprometimento pessoal e profissional. Os autores destacam que o primeiro passo para implementação da humanização da atenção no pré-natal é o reconhecimento do outro, ou seja, reconhecer a gestante como um ser singular, buscando compreendê-la como indivíduo marcado por uma história de vida e familiar.

Para a subescala outros serviços, houve o predomínio da opção de respostas de concordância, tanto para o item 12 (*Eu esperava que o serviço de uma nutricionista fizesse parte do pré-natal*) com 236 (62,6%) das opções de respostas, quanto para o item 11 (*Eu esperava que um assistente social fornecesse parte do meu cuidado pré-natal*) com 182 (48,3%). Este resultado retrata uma alta expectativa das gestantes em receberem a assistência de outros tipos de serviços durante o acompanhamento de pré-natal, como exemplo o serviço nutricional e de assistência social.

Os achados encontrados foram semelhantes aos resultados identificados por Prudêncio (2012), o qual constatou predomínio de respostas de concordância com destaque para o item 12 (*Eu esperava que o serviço de uma nutricionista fizesse parte do pré-natal*) com 69,8% das opções de respostas e para o item 11 (*Eu esperava que um assistente social fornecesse parte do meu cuidado pré-natal*) com 59,7% das opções de respostas. Tais resultados refletem uma alta expectativa das gestantes em receberem atendimento de uma nutricionista e um assistente social durante o acompanhamento de pré-natal.

Em contrapartida, os resultados identificados no estudo realizado por Galle et al. (2015) demonstraram baixas expectativas das gestantes em relação à disponibilidade de outros serviços quanto ao cuidado pré-natal. Tais evidências demonstraram a importância de conhecer as expectativas das gestantes para melhor atendê-las, uma vez que a qualidade dos serviços de atenção às gestantes se torna ineficaz se não leva em consideração as necessidades e expectativas das gestantes (GUERREIRO et al., 2012).

Em relação às respostas aos itens por subescala da versão brasileira do instrumento PESPC em relação ao domínio satisfação, foram apresentadas as frequências das respostas aos itens para todas as subescalas deste domínio: informação do profissional, cuidado profissional, interesse da equipe e características do sistema.

Para a subescala informação do profissional, houve um predomínio de opção de respostas “concordo”, sendo o item de maior destaque o item 16 (*Eu estou satisfeita com as informações que o meu profissional me dava sobre como a minha gravidez estava indo*) com 296 (72,9%) das opções de respostas. Um resultado semelhante foi constatado no estudo realizado por Prudêncio (2012) em que também foi identificado um predomínio de respostas de concordância para a subescala informação do profissional.

Tais resultados demonstram alto nível de satisfação das gestantes quanto às informações recebidas pelo profissional do acompanhamento de pré-natal em relação à evolução do período gestacional. Nessa subescala, o item de destaque de discordância foi o item 19 (*Eu estou satisfeita com a maneira como o meu profissional tem me preparado para o trabalho de parto e parto*) com 164 (43,5%) das opções de respostas registradas, refletindo a insatisfação por parte das gestantes quanto

ao fato do profissional promover uma preparação para o trabalho de parto e parto. Tais achados encontrados neste estudo refletem como as informações fornecidas pelos profissionais de saúde, durante o acompanhamento de pré-natal, são percebidas e avaliadas pelas gestantes, afetando a satisfação das mesmas.

Estudos realizados por Costa et al. (2013), Lucas (2015), Silva, Lima e Osório (2014) e O'Hearn (2006) também demonstraram a importância da informação do profissional, durante o acompanhamento de pré-natal. Por exemplo, o estudo realizado por O'Hearn que utilizou a aplicação da versão original do instrumento PESPC demonstrou que a qualidade da comunicação entre o médico e o paciente é um dos principais contribuintes para a satisfação e adesão ao tratamento. Tal constatação foi baseada nos achados desse estudo, em que 91% das gestantes ouvintes relataram ter recebido mais informações de seus médicos, enquanto que 61% das gestantes surdas relataram o mesmo.

Uma importante consideração foi realizada no estudo de Silva, Lima e Osório (2014) que analisaram o impacto das estratégias educacionais desenvolvidas em atendimento pré-natal de baixo risco sobre os resultados obstétricos por meio de uma revisão sistemática da literatura. Nesse estudo constataram que as atividades educativas, durante o período pré-natal, contribuíram para resultados obstétricos favoráveis, pois reduziram preocupações, ansiedade por parte das gestantes durante a gestação, permitindo assim uma melhor preparação para o parto e pós-parto.

Alguns estudos indicaram insatisfação das gestantes quanto ao fornecimento de informações do profissional, durante o acompanhamento de pré-natal, como os estudos de Galle et al. (2015) e Shabila, Ahmed e Yasin (2014). Por exemplo, Galle et al. (2015) identificaram escores mais baixos para a subescala informação do profissional, demonstrando a necessidade de maiores esforços por parte dos profissionais de saúde envolvidos no acompanhamento pré-natal, no intuito de melhorar a transferência de informações essenciais, durante as consultas de pré-natal. Shabila, Ahmed e Yasin (2014) identificaram o fornecimento inadequado de informações, bem como comunicação interpessoal deficiente.

Ainda em relação a subescala informação do profissional convém destacar que a identificação do predomínio de insatisfação das gestantes em relação ao item 19 (*Eu estou satisfeita com a maneira como o meu profissional tem me preparado para o trabalho de parto e parto*) reflete a importância da necessidade de capacitação dos profissionais envolvidos na assistência pré-natal no intuito de proporcionarem preparação das gestantes para o trabalho de parto e parto. Tal capacitação dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento pré-natal deve ser pautada em protocolos instituídos pelo MS, como exemplo, nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017).

Para a subescala cuidado profissional, foi identificado predomínio de respostas de concordância, demonstrando alto nível de satisfação das gestantes em todos os itens da subescala com destaque para o item 23 (*Eu estou satisfeita com a sensação que eu não estou desperdiçando o tempo do meu profissional*) com 296 (78,5%) de respostas registradas e para o item 21 (*Eu estou satisfeita com o respeito que o meu profissional tem por mim*) com 295 (78,2%) de respostas registradas. Resultado semelhante foi identificado no estudo realizado por Prudêncio (2012) em que foi identificado alto nível de satisfação das gestantes em relação ao cuidado profissional constatado pelo predomínio de respostas de concordância para essa subescala.

Em concordância, os resultados apresentados por Ávilla et al. (2014) e Galle et al. (2015) também registraram predomínio de respostas positivas que refletiram alto nível de satisfação das gestantes em relação ao cuidado do profissional, ou seja, as gestantes ficaram satisfeitas com o relacionamento estabelecido com o profissional de saúde durante o acompanhamento de pré-natal. Barreto et al. (2015) destacam a importância da criação e estabelecimento de vínculos entre as gestantes e os profissionais de saúde durante o acompanhamento de pré-natal com o intuito de desencadear sentimentos de segurança e confiança entre as gestantes. Os autores destacam que o atendimento pautado no acolhimento a gestante reflete de maneira positiva na adesão das mesmas ao pré-natal.

Para a subescala interesse da equipe, houve predomínio de respostas de concordância em cinco itens da subescala, sendo o destaque apresentado para o item 28 (*Eu estou satisfeita com a forma como a equipe me trata*) com 203 (53,8%) das opções de respostas registradas, demonstrando satisfação com a forma de tratamento da equipe de pré-natal. Resultado semelhante foi identificado no estudo de Prudêncio (2012) e Galle et al. (2015). No estudo de Prudêncio (2012) foi identificado o predomínio da satisfação para todos os itens da subescala interesse da equipe, com registro de 68,1% para o item 28 (*Eu estou satisfeita com a forma como a equipe me trata*). O estudo de Galle et al. (2015) identificou alto nível de satisfação das gestantes em relação a subescala interesse da equipe.

Uma observação importante a ser realizada é que a constatação de 203 (53,8%) das gestantes estarem satisfeitas com a forma como a equipe as trata reflete que a forma de atendimento da equipe de ambos os serviços públicos de saúde avaliados neste estudo (UBS e USF) pode ser melhorada. Tal consideração é realizada uma vez que é possível observar que pouco mais de 50% das gestantes demonstraram satisfação com o atendimento oferecido pelos membros da equipe. Por exemplo, o item 27 (*Eu estou satisfeita com o tempo que a equipe gasta falando sobre coisas de meu interesse*) demonstrou insatisfação das gestantes, retratando possíveis aspectos de fragilidade da assistência prestada.

Esse panorama reflete a necessidade de implementar atividades de capacitação profissional para as equipes de profissionais pertencentes aos dois modelos de atendimento, UBS e USF, do município de Bauru. A recomendação quanto a maior capacitação dos profissionais de saúde pertencentes às equipes de saúde dos serviços públicos avaliados em Bauru, UBSs e USFs, tem como intuito contribuir para o aumento da satisfação das gestantes e consequentemente aumento da adesão ao acompanhamento de pré-natal. Tal conduta irá refletir em uma assistência de qualidade e segura com consequente melhora para a saúde materna.

Para a subescala características do sistema, houve predomínio de respostas de concordância, sendo o destaque para o item 41 (*Eu estou satisfeita com o número de consultas de pré-natal que eu fiz durante os primeiros seis a sete meses de gravidez*) com 313 (83%) e para o item 40 (*Eu estou satisfeita com receber todos os exames recomendados*) com 297 (78,8%). Já o predomínio de respostas de discordância foi registrado para os itens 34 (*Eu estou satisfeita com as facilidades de estacionamento do serviço de saúde*) com 163 (43,2%) e item 33 (*Eu estou satisfeita com o tempo total que eu gasto no serviço de saúde*) com 137 (36,3%). Dos resultados apresentados, o destaque para o item 40 (*Eu estou satisfeita com receber todos os exames recomendados*) também foi identificado no estudo realizado por Prudêncio (2012) no Brasil, o qual registrou 79% das opções de respostas para esse item.

No estudo de Prudêncio (2012) foi identificado o predomínio de respostas de discordância para o item 34 (*Eu estou satisfeita com as facilidades de estacionamento do serviço de saúde*) do instrumento PESPC, refletindo insatisfação por parte das gestantes quanto às facilidades de estacionamento dos serviços públicos de saúde. Convém destacar que no presente estudo, algumas gestantes optaram por não responderem ao item 34 (*Eu estou satisfeita com as facilidades de estacionamento do serviço de saúde*), alegando não utilizarem um carro como veículo de locomoção até o serviço público de saúde e sim outros meios de transporte como ônibus, carona ou até mesmo a pé.

Outro aspecto, cujos resultados identificaram baixas pontuações para a subescala características do sistema, foi referente ao item relacionado ao tempo de espera para a consulta de pré-natal. Tal constatação demonstrou a necessidade de implementação de ações que visem a melhorar os aspectos organizacionais, como a redução do tempo de espera para o atendimento pré-natal. Em concordância com tais evidências, o estudo realizado por Galle et al. (2015) também constatou a comprometimento do nível de satisfação das usuárias em relação a subescala características dos sistemas. Os autores destacaram que para atingir o propósito de melhorar o nível de satisfação das usuárias com o atendimento pré-natal há necessidade de melhorias em relação aos

aspectos organizacionais do cuidado pré-natal, como exemplo, a redução dos tempos de espera, bem como o aumento da acessibilidade.

Na subescala características dos sistemas, o item 41 (*Eu estou satisfeita com o número de consultas de pré-natal que eu fiz durante os primeiros seis a sete meses de gravidez*) apresentou um predomínio de respostas de concordância 313 (83,0%), refletindo o alto nível de satisfação da maioria das gestantes participantes do estudo em relação ao número de consultas de pré-natal realizadas pelos serviços públicos de saúde avaliados. Resultado semelhante foi identificado no estudo de Prudêncio (2012) em que registrou alto nível de satisfação para o item 41, registrado por 74,8% das respostas registradas. Outro estudo a ser mencionado é o estudo de Pricilla et al. (2016) que foi realizado no Iraque. Nesse estudo os autores constataram que 95% das gestantes estavam satisfeitas tanto com o número de consultas quanto ao tempo gasto nelas.

Silva, Andrade e Bosi (2014) destacam que outro aspecto a ser mencionado diz respeito às situações de descumprimentos dos horários de funcionamento e a falta do profissional de saúde. Tais aspectos foram relatados pelas gestantes no estudo realizado por Silva, Andrade e Bosi (2014), demonstrando descontentamento entre elas. Além desses, aspectos relacionados à área de espera em relação à higiene, ventilação, iluminação adequada e disponibilidade de lugares também demonstraram influenciar a satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal (SOLIMAN, 2015).

No estudo realizado por Ávilla et al. (2014), em Cartagena na Colômbia, os autores identificaram que a percepção das usuárias sobre o ambiente físico das instituições de saúde foi considerada por elas como um ambiente limpo, 620 (87,1%). No estudo realizado por Chemir et al. (2014), os autores identificaram insatisfação das gestantes com o ambiente físico, aspectos relacionados ao ambiente físico do centro de saúde e qualidade técnica dos profissionais. Como sugestão das próprias gestantes, estão: diminuir o tempo de espera, preparar a sala adequadamente, melhorar o sistema de ventilação do consultório e melhorar o ambiente de espera (CHEMIR et al., 2014).

Soliman (2015), em seu estudo realizado em Tanta no Egito, constatou que 62,1% das gestantes estavam satisfeitas com a área de espera em relação à higiene, ventilação, iluminação adequada e apenas 32,9% estavam satisfeitas com limpeza dos banheiros. Em um estudo realizado no Rio de Janeiro no Brasil por Vasconcelos-Moura et al. (2014), foi constatada insatisfação das gestantes em relação à infraestrutura do ambiente e a recursos materiais específicos de consulta pré-natal, contribuindo assim para a insegurança materna sobre os riscos maternos e perinatais e a assistência ao parto.

Quanto ao alto nível de satisfação das gestantes em receber todos os exames recomendados para o acompanhamento pré-natal que foi identificado neste estudo, é possível considerar que tal fato

atende aos princípios preconizados pela Rede Cegonha quanto ao Pré-natal na APS, o qual prevê a prescrição de exames determinados pelo protocolo instituído pelo MS (BRASIL, 2015). Tal resultado assemelha-se aos achados encontrados por Oliveira et al. (2013) em que foi constatado que todos os exames preconizados para serem realizados no primeiro e terceiro trimestres estavam disponíveis no município, inclusive em quantidade adequada. Outro estudo que demonstra o alto nível de satisfação das gestantes com o fato de receber todos os exames recomendados para o acompanhamento de pré-natal foi identificado no estudo de Prudêncio (2012). Em relação a essa facilidade de acesso aos exames laboratoriais preconizados na assistência pré-natal, Barreto et al. (2015) destacam tal fato como uma característica que colabora com a resolutividade das ações no pré-natal, bem como com a aproximação e estabelecimento de vínculos das gestantes com os serviços públicos de saúde de acompanhamento pré-natal.

Ao analisar as evidências científicas relacionadas à influência das características dos sistemas sobre o nível de satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal constatadas nos estudos de Galle et al. (2015), Oliveira (2013), Prudêncio (2012), Silva, Andrade e Bosi (2014), dentre diversos outros estudos, destaca-se aqui a importância do reconhecimento por parte de gestores de saúde e políticos em investirem na infraestrutura dos serviços públicos de saúde, destinando recursos materiais necessários para o adequado funcionamento dos serviços.

Como comprovado nos estudos citados acima, a implementação de tais medidas irá contribuir para o aumento do nível de satisfação das gestantes. Já em relação à contribuição dos profissionais de saúde, pode ocorrer avaliação da funcionalidade do atendimento prestado, a fim de que não aconteça demora no atendimento da consulta de pré-natal, demora na forma de agendamento das consultas de pré-natal e demora no tempo de permanência dentro do serviço de saúde, etc.

Portanto, a análise estatística da frequência de respostas aos itens da versão brasileira do instrumento PESPC permitiu identificar baixo nível de expectativa e alto nível de satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal com os serviços públicos de saúde (UBSs e USFs) avaliados em Bauru. Resultado similar foi constatado no estudo de Galle et al. (2015) e no estudo de Prudêncio (2012).

Os achados identificados neste estudo constatarem o mesmo comportamento dos constructos, expectativa e satisfação, apresentado pelos autores da versão original PESPC (OMAR; SCHIFFMAN; BINGHAM, 2001), os quais referem que quando a expectativa é baixa, a satisfação é alta e vice-versa. Esses autores explicam que quando as expectativas das gestantes com o cuidado pré-natal são demasiadamente elevadas, o atendimento real recebido pode ficar aquém, refletindo consequentemente na redução do nível de satisfação. Destacam que se a gestante apresenta baixa expectativa sobre os cuidados pré-natais, ela pode apresentar um alto nível de satisfação.

Em relação a realização dos testes de associação por regressão logística simples, os mesmos foram realizados para o domínio expectativa e satisfação da versão brasileira do instrumento PESPC. Para o domínio expectativa, as variáveis selecionadas não apresentaram associação. Para o domínio satisfação, de todas as variáveis selecionadas, somente a variável “ter utilizado o mesmo serviço de pré-natal” apresentou associação e significância estatística ($p = 0,0398$). Isso significa dizer que as gestantes que “utilizaram o mesmo serviço de pré-natal” apresentaram tendências maiores de terem nível de satisfação com o cuidado pré-natal em relação às “gestantes que não utilizaram o mesmo serviço de pré-natal” ($OR = 1,711$; $IC\ 95\% = 1,03-2,82$).

O fato de “ter utilizado o mesmo serviço de pré-natal” foi constatado por 130 (62,2%) gestantes pertencentes às UBSs e 42 (65,6%) das gestantes pertencentes às USFs. Os resultados encontrados para os dois modelos de atenção, UBS e USF, demonstraram a importância de se assegurar uma assistência de qualidade e que atenda às necessidades das gestantes em acompanhamento de pré-natal, no intuito de garantir a adesão da gestante em novos acompanhamentos de pré-natal. Uma evidência que demonstra a associação da satisfação da gestante com o cuidado pré-natal e o fato de realizarem este acompanhamento pelo mesmo serviço de saúde são demonstrados em um estudo realizado na Colômbia por Ávilla et al. (2014), onde 646 (90,7%) das gestantes relataram que recomendariam o serviço a outra pessoa, bem como utilizariam o mesmo serviço novamente.

Para o domínio expectativa, embora as variáveis não tenham apresentado significância estatística, algumas variáveis podem ser destacadas, como, por exemplo, as variáveis: situação conjugal, nível de escolaridade e ter realizado o cuidado pré-natal no mesmo serviço de saúde.

Em relação à situação conjugal das gestantes, foi identificado que 322 (85,4%) viviam com seus companheiros. Tal resultado foi inferior ao identificado no estudo de Galle et al. (2015) realizado na Bélgica no qual 95% das gestantes possuíam companheiros (coabitantes ou casados) e no estudo de Chemir et al. (2014), realizado na Etiópia, que identificou que 96,7% das gestantes viviam com companheiros. Embora a variável situação conjugal não tenha apresentado significância estatística, pode-se notar que as gestantes com companheiros apresentam uma chance maior de ter uma alta expectativa, quando comparadas com as gestantes sem companheiros ($OR = 1,78$; $IC\ 95\% = 0,97-3,27$). Isso pode indicar que o fato de ter companheiro pode estar associado a maiores níveis de expectativa com o cuidado pré-natal.

Um resultado que demonstra evidências da importante influência do companheiro durante o pré-natal foi identificado em um estudo realizado no Brasil por Silva e Brito (2010). Ao estudarem a percepção das gestantes acerca das atitudes do companheiro diante da sua ausência no pré-natal, demonstraram que a ausência ou participação dos companheiros, durante as consultas de pré-natal, refletiu no nível de satisfação das mesmas, ou seja, suas expectativas foram influenciadas pela

ausência ou presença do companheiro. Os autores destacaram ainda que, em relação aos cuidados à saúde, a atitude masculina não diz respeito unicamente a ele, mas também à mulher durante toda a assistência pré-natal. Outra constatação realizada nesse estudo foi o fato de os companheiros demonstrarem interesse pela gestação das companheiras. Tal fato permitiu inferir que a percepção das gestantes a esse respeito reflete um relacionamento no qual existe uma interação entre os cônjuges bem como ao momento da gravidez, possibilitando assim o bem-estar familiar e da díade mãe-filho.

Um aspecto interessante a ser avaliado é que a situação conjugal das gestantes deve ser levada em consideração nas pesquisas de avaliação da expectativa e satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal, pois alguns estudos demonstraram que a situação conjugal pode influenciar nos níveis de expectativa e satisfação das mesmas. Por exemplo, para Omar e Schiffman (1995), as expectativas do parceiro sobre o cuidado pré-natal, os sinais de perigo a serem relatados e as barreiras percebidas quanto ao cuidado podem influenciar na utilização do cuidado pré-natal das gestantes.

Outras evidências científicas encontradas em relação à influência da situação conjugal foram relatadas no estudo de Galle et al. (2015) e no estudo de Gress-Smith et al. (2013). No estudo realizado na Bélgica por Galle et al. (2015), os autores constataram baixas expectativas entre gestantes solteiras e divorciadas, e o estudo realizado por Gress-Smith et al. (2013) constatou que o contexto familiar em que a gestante está inserida pode influenciar na formação das expectativas pré-natais.

Portanto, a presença do companheiro durante todo o acompanhamento de pré-natal, além de influenciar a expectativa e a satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal, desencadeia vários outros benefícios como demonstrado em vários estudos (WIDARSSON, 2012; WIDARSSON, 2015). Por exemplo, a presença do companheiro, na qualidade de acompanhante da gestante, estará contribuindo para segurança e confiança das mesmas; esclarecimento de dúvidas e questionamentos singulares do casal; segurança e confiança da gestante; redução do uso de medicações para o alívio da dor durante o trabalho de parto; redução dos casos de cesáreas e redução de casos de depressão pós-parto (BRASIL, 2012).

Outro exemplo é a variável “nível de escolaridade”. Neste estudo, foi identificado que 224 (59,4%) referiram apresentar ensino médio completo. Tais resultados revelaram que as gestantes participantes do presente estudo eram compostas por gestantes jovens com baixo nível de escolaridade e condições socioeconômicas. Um resultado similar foi identificado no estudo de Prudêncio (2012) no Brasil, em que os autores identificaram que 69 (57,9%) das gestantes participantes também possuíam ensino médio completo. Em contrapartida, em um estudo realizado na Bélgica por Galle et al. (2015), foi identificada uma qualificação superior das gestantes participantes do

estudo, ou seja, 96 (69%) apresentavam ensino superior completo e apenas 28 (20%) possuíam ensino médio completo.

Embora a variável “nível de escolaridade” também não tenha apresentado significância estatística, pode-se observar que as gestantes com nível superior apresentaram uma tendência maior de terem alta expectativa, quando comparadas com as gestantes com nível fundamental e médio (OR = 2,46; IC 95% = 0,60-10,04). Portanto, o nível de escolaridade pode estar associado a maiores níveis de expectativa com o cuidado pré-natal.

Em relação à variável nível de escolaridade, em um estudo realizado em Cartagena na Colômbia por Ávila et al. (2014), foi demonstrada a relação entre o nível de escolaridade e a satisfação das usuárias. Os autores identificaram que as gestantes com maior nível educacional (maior ou igual ao ensino primário) estavam mais satisfeitas com a informação recebida sobre os direitos e deveres, tempo de espera e serviços do cuidado pré-natal do que aquelas gestantes com formação acadêmica inferior. Situação semelhante foi constatada no Peru no estudo de Seclen et al. (2004), no qual os autores relacionaram o nível de escolaridade das usuárias com a satisfação geral e destacaram que as gestantes com maior formação educacional tem três vezes mais possibilidades de se sentirem satisfeitas com relação às que não têm estudos (OR = 2,93; IC 95% = 1,35-8,40).

Resultados diferentes quanto à influência da variável nível de escolaridade sobre a expectativa e satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal foram identificados nos estudos de Galle et al. (2015), na Bélgica, e no estudo de Rahamn, Ngadan e Arif (2016), na Malásia. No estudo de Galle et al. (2015) foi demonstrado que as gestantes com alto nível educacional apresentaram aumento do nível de expectativas desencadeando um menor nível de satisfação. No estudo de Rahamn, Ngadan e Arif (2016), foi identificado que o nível educacional afetou a satisfação das gestantes com os serviços de pré-natal, ao ser constatado que o menor nível de escolaridade foi associado à insatisfação, como identificado também na Suécia (HILDINGSSON; RADESTAD, 2004).

Em um estudo realizado em Buea na África, realizado por Edie et al. (2015), foi constatada associação entre o alto nível de escolaridade e o nível de satisfação das gestantes, uma vez que gestantes com alta escolaridade demonstraram estar mais propensas a apresentar baixa satisfação ($X^2 = 8,714$; $p = 0,01$), ou seja, as gestantes com alto nível educacional são mais propensas a serem mais críticas sobre os cuidados recebidos, afetando consequentemente o nível de satisfação das mesmas. Outro resultado similar foi identificado no estudo de Gress-Smith et al. (2013) no qual os autores constataram que o nível educacional pode influenciar a formação das expectativas pré-natais.

Outro aspecto a ser mencionado quanto ao nível educacional é que estudos demonstraram que o nível de educação é outro fator determinante que influencia a satisfação com os serviços de cuidados pré-natais (ABOSSE; WOLDIE; OLOLO, 2010; YOHANNES et al., 2013). Por exemplo, no estudo

realizado na Etiópia por Chemir et al. (2014), os resultados indicaram que gestantes com baixo nível de educacional tinham maior probabilidade de estarem satisfeitas com os serviços de pré-natal do que as que tinham um nível de educação mais alto, sendo que a possível razão disso poderia ser atribuída ao fato de que as gestantes com maior nível de educação buscam mais informações, sabendo assim o que esperar.

Bleich, Özaltın e Murray (2009) constataram que pessoas com educação universitária tinham menos probabilidade de estarem satisfeitas com o sistema de saúde em comparação com as pessoas sem qualificação do ensino médio. Tais achados permitem inferir que quanto maior o nível de escolaridade pessoal maior o grau de instrução e consequentemente maior o nível de exigência com os serviços de saúde prestados durante o cuidado pré-natal e, consequentemente, menor o nível de satisfação.

Vale destacar também que a baixa escolaridade materna pode desencadear prejuízos para a qualidade da assistência pré-natal, merecendo atenção especial dos gestores e profissionais (DOMINGUES et al., 2012). O baixo nível de escolaridade possibilita o aumento do risco obstétrico, bem como contribui para a dificuldade de adesão das gestantes ao acompanhamento de pré-natal, desencadeando assim a inadequação do processo de cuidado pré-natal (MENDOZA-SASSI et al., 2011). Portanto, conhecer o perfil educacional das gestantes, bem como suas percepções e necessidades em relação ao atendimento pré-natal, pode ser considerado uma importante estratégia para o planejamento da assistência.

Para finalizar a apresentação a identificação de variáveis que podem influenciar o nível de expectativa das gestantes, destaca-se os achados encontrados no estudo de Galle et al. (2015). Nesse estudo os autores constataram que a expectativa foi significativamente menor entre as mulheres sem escolaridade superior, com baixa renda, menores de 26 anos de idade, solteiras ou divorciadas, gestantes que relataram exposição a violência de parceiro íntimo e gestantes com descendência estrangeira.

Em relação à variável “ter realizado o cuidado pré-natal no mesmo serviço”, as gestantes que relataram “não terem realizado o cuidado pré-natal no mesmo serviço” apresentaram uma tendência maior de apresentarem altas expectativas em relação às gestantes que relataram “terem realizado o cuidado pré-natal no mesmo serviço”. Tal evidência pode ser justificada pelo estudo de Bowling et al. (2012) no qual o autor destaca que os pacientes com expectativas não formadas não fazem ideia do que podem esperar, enquanto aqueles pacientes com experiência prévia vivenciada já possuem expectativas formadas. Portanto, ao identificar gestantes que realizam o acompanhamento de pré-natal no mesmo serviço de saúde que realizaram acompanhamentos de pré-natal anteriores à gestação atual, pode representar uma boa assistência prestada.

Outra constatação da relação entre a expectativa e o fato de realizar o acompanhamento de pré-natal no mesmo serviço de saúde pode ser observada no estudo realizado em Ibadan na Nigéria por Nwaeze et al. (2013), onde os autores constataram que a maioria das mulheres estava satisfeita com a qualidade dos cuidados pré-natais que receberam e referiram que indicariam a clínica a outra pessoa ou amigos, ou seja, os cuidados pré-natais recebidos no serviço atenderam as suas expectativas. Nesse mesmo estudo, 83,3% das mulheres revelaram que iriam se registrar no mesmo serviço de saúde de atendimento pré-natal em gestações futuras, bem como recomendaria o serviço a outra pessoa.

Ao levar em consideração a associação de algumas variáveis sobre os níveis de expectativa das gestantes com o cuidado pré-natal é possível mencionar os achados encontrados no estudo de Galle et al. (2015). Nesse estudo os autores identificaram diferentes fatores de risco para as baixas expectativas com o cuidado pré-natal, como: mulheres com baixa renda, mulheres sem escolaridade superior, idade abaixo de 26 anos de idade, descendência estrangeira, mulheres solteiras ou divorciadas. Os autores relatam que a influência de tais fatores sobre as expectativas dos pacientes pode ser atribuída a experiências anteriores, normas sociais e culturais, dados demográficos dos pacientes.

Em relação à variável “ter ficado satisfeita com o cuidado pré-natal recebido em uma gestação anterior”, foi identificado que das gestantes pertencentes às UBSs, 201 (96,17%) referiram terem ficado satisfeitas com a assistência e retornado ao mesmo serviço de saúde. E das gestantes pertencentes às USFs, 61 (95,31%) referiram terem ficado satisfeitas com o cuidado pré-natal e também retornado ao serviço de saúde. Tais resultados refletem que a assistência pré-natal oferecida as gestantes do município de Bauru pertencentes aos serviços públicos de saúde avaliados neste estudo, pode ser considerada adequada, ao levar em consideração a percepção positiva das gestantes quanto à experiência prévia vivenciada e ao fato de terem retornado ao mesmo serviço de saúde para realizarem o acompanhamento de pré-natal atual.

Embora a variável “ter ficado satisfeita com o cuidado pré-natal recebido em uma gestação anterior” não tenha apresentado significância estatística, pode-se notar que as gestantes que “ficaram satisfeitas com o cuidado pré-natal recebido em uma gestação anterior” apresentam uma tendência maior de ter uma alta satisfação, quando comparadas com as gestantes que “não ficaram satisfeitas com o cuidado pré-natal recebido em uma gestação anterior” (OR = 2,915; IC 95% = 0,61-13,76). Isso pode indicar que o fato de ficar satisfeita com o cuidado pré-natal em uma gestação anterior pode estar associado a maiores níveis de satisfação com o cuidado pré-natal. O estudo realizado no sul da Índia por Pricilla et al. (2016) também apresenta uma associação entre a satisfação e o fato de retornar ao

serviço de cuidados pré-natais, uma vez que foi constatado que 28 gestantes relataram que não voltariam aos serviços se ficarem grávidas novamente.

Em relação à variável “paridade”, foi identificada que 288 (76,4%) das gestantes eram multigestas. Resultado similar foi identificado no estudo de Emelumadu et al. (2014) na África com 64,4% dos registros para multigestas. Resultados diferentes, em que prevaleceram a participação de gestantes primíparas, foram identificados nos estudos de Galle et al. (2015) na Bélgica com 70% e no estudo de Pricilla et al. (2016) no Iraque com 50,5% de primíparas registradas. O número predominante de multigestas desse estudo pode ser atribuído ao fato de pertencerem ao sistema público de saúde e não ao sistema privado, como foi demonstrado em um estudo realizado no Brasil por César et al. (2012).

Em relação à variável paridade, embora neste estudo não tenha apresentado significância estatística, pode-se observar que as gestantes multigestas apresentaram uma tendência maior de terem maior satisfação, quando comparadas com as gestantes primigestas (OR = 1,514; IC 95% = 0,93-2,44). Em um estudo na África realizado por Edie et al. (2015), foi constatada associação entre a paridade e o nível de satisfação das gestantes, uma vez que gestantes primigestas demonstraram estarem mais propensas a apresentar baixa satisfação ($X^2 = 4,217$; $p = 0,04$). Outro estudo que demonstra a influência da paridade sobre a satisfação foi identificado no estudo de Costa (2005) e no estudo de Emelumadu et al. (2014) na África ($X^2 = 9,14$, $p = 0,028$). Portanto, a paridade pode estar associada a maiores ou a menores níveis de satisfação da gestante com o cuidado pré-natal.

Outra consideração a ser mencionada sobre a importância da variável paridade é que a primiparidade é um aspecto importante a ser considerado na atenção pré-natal, uma vez que se considera que as multigestas, em virtude da experiência prévia, apresentaram mais segurança e conhecimento sobre a evolução da gestação e de alguns eventos de fatores que podem ocorrer no ciclo gravídico-puerperal (COSTA, 2005), possibilitando a elas uma melhor interação com o profissional de saúde, durante as ações e orientações desenvolvidas na consulta pré-natal. Por outro lado, para as primigestas, essa vivência se torna um pouco mais complexa por tudo ser considerado novo, exigindo do profissional maior atenção e cuidado na consulta pré-natal (SANTOS, 2010).

Em relação à variável faixa etária, foi identificado que a idade média geral das gestantes foi de 27,69 anos (DP = 5,6), variando entre 20-43 anos. Para as UBSs, a idade média registrada foi de 27,91 (DP = 5,70; mediana = 27) e intervalo mínimo de 20 a 43 anos. Para as USFs, a idade média registrada foi de 26,87 (DP = 5,17; mediana = 6) e intervalo mínimo de 20 a 40 anos. Tais resultados refletem um perfil de gestantes jovens. Resultados superiores foram identificados por Galle et al. (2015) na Bélgica, com 30,5 anos, no estudo realizado no Iraque por Shabila, Ahmed e Yasin (2014) cuja média da idade foi de 30,9 anos e em um estudo realizado na Espanha por Pozo-Cano et al. (2014) que identificaram

uma média de idade de 30,7 anos. Já resultados inferiores foram identificados no estudo de Pricilla et al. (2016) no sul da Índia com uma média de idade de 23,5 anos e no estudo de Ávila et al. (2014) em Cartagena com média de idade de 23 anos.

Embora a variável “faixa etária” também não tenha apresentado significância estatística, é possível observar que as gestantes com faixa etária maior de 35 anos apresentaram uma tendência maior de terem maior satisfação, quando comparadas com as gestantes com faixa etária de 20 a 24 anos (OR = 1,759; IC 95% = 0,87-3,55). Por isso, a faixa etária pode estar associada a maiores níveis de satisfação com o cuidado pré-natal, como demonstrado nos estudos de Emelumalu et al. (2014) na África e Rahman, Ngadan e Arif (2016) na Malásia. Nesses estudos os autores identificaram a influência da idade sobre os níveis de satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal.

De acordo com algumas evidências científicas constatadas (BOWLING; ROWE; MCKEE, 2013), a idade pode influenciar no nível de expectativa e satisfação das gestantes. Por exemplo, em um estudo realizado em Londres na Inglaterra por Bowling, Rowe e McKee (2013), os autores destacaram que pessoas mais velhas podem apresentar baixas expectativas e simplesmente serem gratas pelo que recebem, enquanto pessoas mais jovens, cujas experiências de vida foram moldadas por um sistema consumista e instantâneo, podem ser mais exigentes (BOWLING; ROWE; MCKEE, 2013). Tais evidências demonstram que gestantes jovens apresentaram maior possibilidade de apresentarem altas expectativas com os serviços de saúde de acompanhamento pré-natal e, conseqüentemente, baixa satisfação, já gestantes mais velhas podem apresentar baixas expectativas e altos níveis de satisfação.

A idade da gestante é um importante aspecto a ser considerado na atenção pré-natal, visto que quanto mais jovem é a gestante, maior será a atenção requerida do profissional que realiza o acompanhamento pré-natal, o que poderá influenciar a concepção de satisfação com o cuidado pré-natal recebido (DENNIS; FLYNN; MARTIN, 1995). Por exemplo, em um estudo realizado na Malásia por Rahman, Ngadan e Arif (2016), os autores identificaram que a idade da gestante demonstrou afetar a satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal, uma vez que gestantes jovens com menos de 25 anos de idade mostraram estar mais satisfeitas com o pré-natal.

Em relação à variável “número de consultas”, foi constatado um número médio de consultas de pré-natal de 6,23 (DP = 2,54). Para o terceiro trimestre de gestação, 215 (57,0%) das gestantes realizaram seis ou mais consultas de pré-natal. Pricilla et al. (2016) realizaram um estudo no sul da Índia e constataram uma média de seis consultas de pré-natal. Resultados superiores foram identificados por Rahman, Ngadan e Arif (2016) em Sarawak na Malásia, que constataram que 72,2% das gestantes participantes apresentaram mais que nove consultas de pré-natal, sendo possível considerar como adequado uma vez que atende às Novas Recomendações da Organização Mundial

da Saúde (OMS) sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez (OMS, 2016), o qual recomenda como ideal o cumprimento de oito consultas de pré-natal.

O resultado encontrado nesta pesquisa foi inferior aos achados identificados em um estudo realizado no Brasil (VIELLAS et al., 2014), no qual os autores demonstraram que 73,1% das mulheres compareceram a seis ou mais consultas de pré-natal. O resultado encontrado por Viellas et al. (2014) é considerado como adequado e que atende às normas estabelecidas para o acompanhamento de pré-natal do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Embora a variável número de consultas não tenha apresentado significância estatística, é possível destacar que as gestantes que realizaram oito ou mais consultas de pré-natal apresentaram uma chance maior de terem maior satisfação, quando comparadas com as gestantes que realizaram de duas a três consultas de pré-natal. Isto pode indicar que o fato de ter realizado mais consultas pode estar associado a maiores níveis de satisfação com o cuidado pré-natal. Tal evidência foi constatada nos estudos de Hildingsson, Andersson e Christensson (2014) e Hildingsson et al. (2013). Em um estudo realizado na Etiópia por Chemir et al. (2014), os autores demonstraram que algumas variáveis preveem significativamente o nível de satisfação com os serviços focalizados de atenção pré-natal e incluem: tipo de centro de saúde, variáveis sociodemográficas (renda média da família e escolaridade da mãe) e variáveis do perfil obstétrico como tipo de gestação e história de natimorto.

Ao ser identificado neste estudo que apenas 57,0% das gestantes realizaram seis ou mais consultas de pré-natal nos serviços avaliados, é possível constatar a necessidade de melhora desse índice por meio da implementação de novas estratégias públicas de saúde no intuito de atender à recomendação da OMS (2016) o qual determina que o cuidado pré-natal ideal deva abranger um mínimo de oito consultas, a fim de reduzir a mortalidade perinatal e melhorar a experiência das gestantes com os cuidados de pré-natal. É de conhecimento também que o maior número de consultas de pré-natal está associado a desfechos obstétricos mais favoráveis (DOMINGUES et al., 2012). Convém destacar também que o número de consultas realizado, certamente, dependerá da idade gestacional de início do pré-natal (quanto mais precoce, mais consultas), mas também da capacidade do serviço de promover a adesão da gestante a ele (GUERREIRO et al., 2012).

Em relação à elevada cobertura de consultas de pré-natal detectada, resultados semelhantes foram identificados em um estudo realizado no Brasil por Viellas et al. (2014), em que os autores demonstraram uma cobertura elevada da assistência pré-natal representada por 98,7% das consultas realizadas no país (VIELLAS et al., 2014). As características dos cuidados pré-natais recebidos durante a última gravidez revelaram que a maioria delas havia passado em consulta, pelo menos, o total recomendado de oito visitas por gravidez, que foi semelhante a um elevado número de consultas pré-

natais nos países desenvolvidos, como no Reino Unido (REDSHAW; HEIKKILA, 2010) e na Suécia (HILDINGSSON et al., 2002).

Tais achados demonstram que os serviços de acompanhamento de pré-natal nesses países atendem adequadamente às “Novas Recomendações da sobre os Cuidados Pré-natais para uma experiência positiva na gravidez” da OMS (2016), o qual tem como finalidade complementar as orientações da OMS já existentes em relação à gestão das complicações obstétricas, bem como refletir e fornecer uma resposta à complexidade de problemas decorrentes da prática e da prestação dos cuidados pré-natais, bem como priorizar a saúde e o bem-estar.

Em relação a resultados de estudos que demonstram a influência de algumas variáveis sobre o nível de expectativa e/ou satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal, resultados semelhantes são mencionados em alguns estudos (CHEMIR; ALEMSEGED; WORKNEH, 2014). Em um estudo realizado na Etiópia por Chemir, Alemseged e Workneh (2014), foram identificados por meio da análise de regressão logística bivariada e multivariada alguns aspectos influenciadores da satisfação, revelando que variáveis como: o tipo de serviço de saúde, etnia, ocupação, escolaridade, religião e renda familiar mensal da mãe, paridade, tipo de gravidez, número de visitas foram significativamente associados com a satisfação com os serviços focalizados de cuidados pré-natais.

Outro estudo que demonstra a associação de algumas variáveis sobre os níveis de satisfação do paciente foi encontrado no estudo de revisão realizado por Al-Abri e Al-Balushi (2014). Nesse estudo os autores tiveram como objetivo realizar uma investigação aprofundada sobre a relação dos aspectos que influenciam a satisfação geral do paciente, além do seu impacto sobre o processo de melhoria da qualidade para as organizações de saúde. Os autores examinaram a correlação entre os fatores demográficos como idade, sexo, estado de saúde, nível de educação com a satisfação do paciente e identificaram resultados conflitantes.

De acordo com alguns estudos, outras variáveis podem influenciar o nível de expectativa e satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal, que podem ser: o número médio de consultas de pré-natal, a data de início do cuidado pré-natal e a presença de complicações durante o período gestacional. No presente estudo, o número médio de consultas de pré-natal identificado foi de 6,23 (DP = 2,54). Para o terceiro trimestre de gestação, 215 (57,0%) das gestantes realizaram seis ou mais consultas de pré-natal. Resultado similar foi identificado no estudo de Pricilla et al. (2016), em que os autores realizaram um estudo no sul da Índia e constataram uma média de seis consultas de pré-natal.

Resultados superiores foram identificados por Rahman, Ngadan e Arif (2016) em Sarawak na Malásia, no qual os autores constataram que 72,2% das gestantes participantes apresentaram mais que nove consultas de pré-natal, sendo possível considerar como adequado uma vez que atende às Novas Recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre cuidados pré-natais para uma

experiência positiva na gravidez (OMS, 2016) e que recomenda como ideal o cumprimento de oito consultas de pré-natal.

O resultado encontrado nessa pesquisa foi inferior aos achados identificados em um estudo realizado no Brasil (VIELLAS et al., 2014), no qual os autores demonstraram que 73,1% das mulheres compareceram a seis ou mais consultas de pré-natal. Esse resultado encontrado por Viellas et al. (2014) é considerado adequado e que atende às normas estabelecidas para o acompanhamento de pré-natal do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Ao ser identificado neste estudo que apenas 57,0% das gestantes realizaram seis ou mais consultas de pré-natal nos serviços avaliados, é possível constatar a necessidade de melhora desse índice, no intuito de atender à recomendação da OMS (2016) o qual determina que o cuidado pré-natal ideal deve abranger um mínimo de oito consultas, a fim de reduzir a mortalidade perinatal e melhorar a experiência das gestantes com os cuidados de pré-natal. É de conhecimento também que o maior número de consultas de pré-natal está associado a desfechos obstétricos mais favoráveis (DOMINGUES et al., 2012). Convém destacar que o número de consultas realizado, certamente, dependerá da idade gestacional de início do pré-natal (quanto mais precoce, mais consultas), mas também da capacidade do serviço de promover a adesão da gestante a ele (GUERREIRO et al., 2012).

Em relação à data de início da consulta de pré-natal, constatou-se que 264 (70,0%) iniciaram o acompanhamento de pré-natal no primeiro trimestre de gestação. Tal resultado identificado neste estudo é superior aos achados encontrados no estudo de Rahman, Ngadan e Arif (2016) em Sarawak, na Malásia, que registraram um valor de 60,9% de gestantes que realizaram consultas de pré-natal, antes do terceiro mês de gestação. Em contrapartida, resultados com valores superiores também foram identificados, como é o caso do estudo realizado no Rio Grande do Sul no Brasil por César et al. (2012) com 78,3% e no estudo realizado por Viellas et al. (2014) com 75,8%.

Alguns estudos investigaram as causas motivadoras de início tardio do acompanhamento pré-natal, os quais constataram que o desencanto e a falta de confiança na qualidade dos serviços contribuíram para tal situação (ANDREUCCI et al., 2011). É importante considerar que o início precoce do pré-natal deve ser estimulado por meio de ações e estratégias de saúde, no intuito de garantir uma assistência pré-natal de qualidade e segura, possibilitando a detecção precoce de possíveis complicações, bem como a intervenção efetiva para segurança materna e neonatal.

O início precoce do pré-natal pode ser influenciado pela disponibilidade da gestante em procurar o atendimento, pela capacidade de oferta do serviço e acessibilidade (GUERREIRO et al., 2012). Um aspecto interessante foi constatado em um estudo realizado no Rio Grande do Sul, no Brasil por César et al. (2014). Os autores identificaram que 88,7% das gestantes do setor privado iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação em comparação a 70,6% das gestantes pertencentes ao

setor público, ou seja, tais resultados demonstraram que as gestantes que realizaram o acompanhamento de pré-natal pela saúde pública ou as gestantes que o realizaram pela saúde suplementar apresentaram diferenças quanto ao início do acompanhamento de pré-natal. Tais achados demonstram a importância da implementação de ações educativas que visem à conscientização das gestantes pertencentes à saúde pública quanto ao início precoce do pré-natal.

Outras possíveis causas que podem desencadear o início tardio do acompanhamento de pré-natal foi identificado no estudo realizado por Galle et al. (2015). Nesse estudo os autores mencionam que tal ocorrência pode estar associada a vários fatores sociodemográficos como: idade materna jovem, baixa renda, alta paridade, baixo nível educacional, baixo status socioeconômico, exposição a violência de parceiro íntimo e ausência de um relacionamento estável.

É de conhecimento que iniciar o pré-natal, no primeiro trimestre de gestação, possibilita realização de ações preventivas, diagnósticas e de promoção da saúde, bem como a identificação de situação de alto risco obstétrico que necessitem de encaminhamentos para outros serviços de atenção, para melhor planejamento do cuidado (FESCINA et al., 2007). Além disso, permite o monitoramento do crescimento fetal e fundamenta a tomada de decisão clínica relacionada ao desfecho da gestação (DOMNGUES et al., 2012). Já o início tardio do acompanhamento pré-natal dificulta a detecção de tais achados, sendo identificado em estudos realizados por Rocha (2012) e Succi (2008).

O período de início do acompanhamento de pré-natal pode ser considerado como um indicador de avaliação da qualidade da atenção básica, destacando como meta fundamental o envolvimento de todos os membros da equipe, durante a assistência integral à gestante (BRASIL, 2016). Garantir a captação das gestantes para o início do cuidado pré-natal é fundamental para assegurar o diagnóstico precoce de possíveis complicações, bem como proporcionar intervenções adequadas à saúde materno-infantil (BRASIL, 2016).

Em relação à variável presença de intercorrências desenvolvidas no decorrer da gestação, foi identificado neste estudo que 334 (88,6%) não apresentaram nenhuma intercorrência. Quando alguma intercorrência evolui para uma complicação gestacional torna-se um importante aspecto a ser considerado no nível de satisfação com o cuidado recebido, visto que quando as complicações estão presentes estas interferem na satisfação da mulher com o cuidado pré-natal (MADERUELO et al., 2005; SIMKHADA et al., 2008). Em um estudo realizado na Austrália por Forster et al. (2016), os autores constataram que as mulheres de baixo risco de complicações obstétricas apresentaram maiores índices de satisfação com o cuidado pré-natal, parto e pós-parto.

A relação entre a presença de complicações e o nível de satisfação do paciente foi abordada em um estudo de revisão da literatura realizado por Al-Abri e Al-Balushi (2014), onde os autores citam o estudo de Shou-Hisa, Ming-Chin e Tung-Uang (2003), em que os autores identificaram em uma

pesquisa nacional realizada em diferentes hospitais acreditados de Taiwan, em que as características do paciente como: idade, sexo, nível de educação influenciaram ligeiramente a satisfação do paciente, bem como o estado de saúde dos pacientes foi considerado importante aspecto influenciador da satisfação geral do paciente. Tais achados permitem destacar que, na realização de novos estudos com essa temática, os autores devem considerar a presença e ausência de complicações das participantes do estudo, uma vez que a presença de tais complicações pode interferir nos resultados a serem identificados.

Um estudo que comprova a influência que o desenvolvimento de complicações durante o período gestacional pode exercer nos níveis de satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal foi demonstrado no estudo realizado por Yang et al (2007). Nesse estudo os autores demonstraram que as gestantes que apresentaram complicações relacionadas a anormalidades congênitas foram mais propensas a apresentar insatisfação com o cuidado pré-natal

Em relação à análise da confiabilidade da versão brasileira do instrumento PESPC, foi verificada a consistência interna dos itens por meio da realização do cálculo do Alfa de Cronbach, conforme análise realizada para a versão original do instrumento (OMAR; SCHIFFMAN; BINGHAM, 2001) e para a versão brasileira do instrumento PESPC (PRUDÊNCIO et al., 2013).

Ao comparar os resultados encontrados neste estudo com os resultados obtidos da versão brasileira do instrumento PESPC de Prudêncio et al. (2013) e com a versão original do instrumento PESPC de Omar, Schiffman e Bingham (2001), é possível identificar que o domínio expectativa apresentou um valor de Alfa ($\alpha = 0,82$) superior aos valores de Alfa de Cronbach encontrados por Prudêncio et al. (2013) e Omar, Schiffman e Bingham (2001), os quais foram, respectivamente, $\alpha = 0,70$ e $\alpha = 0,72$.

Para o domínio satisfação, é possível identificar que o valor do Alfa de Cronbach neste estudo foi superior ($\alpha = 0,91$) ao valor de Alfa encontrado por Prudêncio et al. (2013) que foi $\alpha = 0,82$ e inferior ao valor de Alfa da versão original do instrumento (OMAR; SCHIFFMAN; BINGHAM, 2001) que foi de $\alpha = 0,94$. No estudo realizado por Prudêncio et al. (2013) em Ribeirão Preto, no Brasil, os autores concluíram que a versão adaptada do instrumento PESPC para o Brasil foi considerada válida e confiável na amostra estudada e ressaltaram a recomendação de aplicação da versão adaptada para grupos de gestantes com diferentes características sociais. Os resultados encontrados no presente estudo confirmaram que a versão brasileira do instrumento PESPC foi considerada adequada para avaliar a expectativa e a satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal, no município de Bauru. Convém destacar que a confiabilidade encontrada para a versão original do instrumento PESPC também foi identificada no estudo realizado por Galle et al. (2015) na Bélgica, no qual os autores identificaram valores de 0,70 para expectativa e 0,82 para satisfação.

Portanto, a realização de estudos que tenham como objetivo checar a avaliação da expectativa e satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal por meio da aplicação da versão brasileira do instrumento PESPC merece ser incentivada. Tal incentivo é baseado em evidências científicas (PRICILLA et al., 2014) que demonstram que gestantes satisfeitas com o cuidado pré-natal são mais propensas a cumprir o tratamento, assumir a responsabilidade pelo autocuidado e comparecer aos serviços regularmente. Tais evidências refletem a importância de se avaliar a satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal.

6 CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

A aplicação da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) com as gestantes pertencentes aos serviços públicos de saúde de acompanhamento pré-natal da Atenção Primária à Saúde do município de Bauru, Estado de São Paulo permitiu concluir:

- A análise da estatística descritiva dos itens do instrumento PESPC demonstrou baixo nível de expectativa e alto nível de satisfação das gestantes em relação ao cuidado pré-natal oferecido nos serviços públicos de saúde estudados.
- Os testes de associação por regressão logística simples para o domínio expectativa não demonstraram associação significativa com nenhuma variável.
- Os testes de associação por regressão logística simples para o domínio satisfação demonstrou associação significativa com a variável “ter utilizado o mesmo serviço de pré-natal”.
- O teste de confiabilidade da versão brasileira do instrumento PESPC pelo cálculo do Alfa de Cronbach apresentou valores adequados para os dois domínios do instrumento. Para expectativa, o valor encontrado foi 0,82, e para satisfação, o valor encontrado foi 0,91.
- Os testes de associação por meio do Teste t *Student* não demonstraram diferenças estatísticas significantes para os dois serviços de atendimento pré-natal avaliados, UBS e USF.

É possível concluir que a utilização da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) foi considerada adequada para avaliar a expectativa e satisfação da gestante com o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde, em Bauru. Tais achados permitem destacar o incentivo para a ampla utilização da versão brasileira do instrumento PESPC para outros grupos, levando em consideração que o Brasil é um país com raízes socioculturais heterogêneas. A ampla utilização da versão brasileira do instrumento PESPC poderá contribuir para identificar novas evidências científicas quanto aos aspectos que influenciam a expectativa e satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal.

É importante destacar que a presente aplicação da versão brasileira do instrumento PESPC com as gestantes dos serviços públicos de saúde de acompanhamento pré-natal da Atenção Primária à Saúde, no município de Bauru, é considerada a primeira aplicação realizada no Brasil. Tais achados poderão contribuir para a avaliação e planejamento de novas ações e estratégias de saúde no âmbito da saúde pública do município, com o objetivo primordial de contribuir com a melhora da qualidade pré-natal e, conseqüentemente, com a saúde materna.

6.1 Limitações do estudo e recomendações para novos estudos

Os constructos expectativa e satisfação, por serem conceitos amplos, subjetivos e multidimensionais, caracterizam as pesquisas científicas com essa temática como pesquisas complexas. Como o delineamento metodológico desta pesquisa foi um corte transversal, de abordagem quantitativa e cujas coletas de dados foram restritas aos serviços públicos de saúde e a assistência ao pré-natal de baixo risco obstétrico da Atenção Primária à Saúde, destaca-se a necessidade e relevância da realização de novos estudos.

A realização de novos estudos no Brasil com esta temática e com a aplicação da versão brasileira do instrumento PESPC pode ser constituída de outros tipos de delineamentos metodológicos de pesquisas. Alguns exemplos são a realização de estudos experimentais, como exemplo: estudos de caso-controle, estudos de ensaios clínicos randomizados etc. Tais estudos podem envolver uma abordagem qualitativa e/ou quantitativa, bem como podem incluir: a avaliação em diferentes tipos de serviços de acompanhamento de pré-natal (públicos e privados); avaliação de diferentes tipos de nível de assistência (pré-natal de baixo risco obstétrico e alto risco obstétrico). A realização de tais estudos tem potencial para gerar resultados com novas evidências científicas.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS¹

- ABOSSE, Z.; WOLDIE, M.; OLOLO, S. Factors influencing antenatal care service utilization in Hadiya Zone. **Ethiopian Journal of Health Science**, v. 20, n. 2, p. 75-82, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3275839/>>. Acesso em: 20 jan. 2017.
- AHMAD, I. et al. Predictors of patient satisfaction. **Gomal Journal of Medical Sciences**, v. 9, n. 2, p. 183-188, 2011. Disponível em: <http://www.gjms.com.pk/ojs/index.php/gjms/article/viewFile/463/333>>. Acesso em: 15 jan. 2017.
- AL-ABRI, R.; AL-BALUSHI. Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement. **Oman Medical Journal**, v. 29, n. 1, p. 3-7, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3910415/>>. Acesso em: 20 dez. 2017.
- AL-ATEEQ, M. A.; AL-RUSAISS, A. Health education during antenatal care: the need for more. International. **Journal of International Women's Health**. v. 7, p. 239-242, 2015. Disponível: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4340373/>>. Acesso em: 20 dez. 2017.
- ALENCAR, N. G.; GOMES, L. C. Avaliação da assistência pré-natal na percepção de gestantes atendidas em uma unidade com Programa de Saúde da Família. **Saúde Coletiva**, v. 4, n. 19, p. 13-7, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/842/84201904.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.
- ALMEIDA, R. S.; BOURLIATAUX-LAJONIE, S.; MARTINS, M. Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 11-25, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25715288>>. Acesso em: 15 jan. 2017.
- ANDERSSON, E.; CHRISTENSSON, K.; HILDINGSSON, I. Mother's satisfaction with group antenatal care versus individual antenatal care - a clinical Trial. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 4, n. 3, p. 113-20, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24041732>>. Acesso em: 20 jan. 2017.
- ANDREUCCI, C. B.; CECATI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1053-64, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000600003&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 20 jan. 2017.
- ANDREUCCI, C. B. et al. Sis prenatal as a tool for evaluating quality of prenatal care. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 854-864, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n5/en_2438.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

ANVERSA, E. T. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 789-800, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400018>. Acesso em: 15 jan. 2017.

ÁVILLA, I. Y. C. et al. Satisfacción de usuarias del control prenatal en instituciones de salud públicas y factores asociados. Cartagena. **Hacia la Promoción de la Salud**, v. 19, n.1, p. 128-140, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v19n1/v19n1a10.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

BAHLS, S. C.; NAVOLAR, A. B. B. Terapia Cognitivo-Comportamental: Conceitos e pressupostos teóricos. **Revista Eletrônica de Psicologia**. Curitiba, n. 4. Jul. 2004. Disponível em: <http://www.utp.br/psico.utp.online/site4/terapia_cog.pdf>. Acesso em: 31. Marc. 2015.

BALEY, S. M.; IBITAYO, K. Expectations of Pregnant Women of Mexican Origin Regarding Their Health Care Providers. **Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing**. v. 44, n. 3, p. 389-396, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25828153>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

BARBOSA, T. L. A.; GOMES, L. M. X.; DIAS, O. V. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 29-35, 2011. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21108>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BARRETO, C. N. et al. “O Sistema Único de Saúde que dá certo”: ações de humanização no pré-natal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 168-76, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0168.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

BARUAH, M.; DAWKA, K.; KATAKI, A. C. Patient satisfaction: a tool for quality control. **International Journal Community Medicine Public Health**, v. 3, n. 5, p.1215-1218, 2016. Disponível em: <<http://www.scopemed.org/?mno=227957>>. Acessos em: 15 nov. 2016.

BERNARDES, A. C. F. et al. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. **Pregnancy and Childbirth**, v. 14, n. 1, p. 266, 2014. Disponível em: <<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-266>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BERKOWITZ, B. The Patient Experience and Patient Satisfaction: Measurement of a Complex Dynamic. **Online J Issues Nurs**, v. 21, n. 1, p. 1, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27852212>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

BLEICH, S. N.; OZALTIN, E.; MURRAY, C. J. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? **Bulletin of World Health Organization**, v. 87, n. 4, p. 271-8, 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/07-050401.pdf>>. Acesso em: 20 mar 2017.

BOWLING, A. et al. The measurement of patients' expectations for health care: a review of a measure of patient's expectations. **Health Technology Assessment**, v. 16, n. 30, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22747798>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BOWLING, A.; ROWE, G.; MCKEE, M. Patient's experiences of their healthcare in relation to their expectations and satisfaction: a population survey. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 106, n. 4, p. 143-149, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3618164/>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização**. In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes; 2006. p. 87-117.

BOSI, M. L.; UCHIMURA, K. Y. Evaluation of quality or qualitative evaluation of health care? **Revista de Saúde Pública**. v. 41, n. 1, p. 150-3, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/en_21.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BOYER, L. et al. Perception and use of the results of patient satisfaction surveys by care providers in a French teaching hospital. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 18, n. 5, p. 359-64, 2006. Disponível em: <<https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzl029>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Atenção ao pré-natal de baixo Risco. Brasília: DF, 2012.

BRASIL. Ministério do Planejamento. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pnass: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Brasília: DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-Natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada – Manual técnico**. Brasília: DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNAB - Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: DF, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: DF, CONASS, 2015. 127 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: versão resumida** [recurso eletrônico]. Brasília: DF, 2017.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 20 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília: DF, 1990.

BRONFMAN-PERTZOVSKY, M. N. B. et al. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. **Salud Pública de México**, v. 45, n. 6, p. 445-454, 2003. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10645604>>. Acesso em: 15 fev 2017.

CALDAS, D. B. et al. Atendimento psicológico no pré-natal de alto-risco: a construção de um serviço. **Psicologia Hospitalar**, v. 11, n. 1, p. 66-87, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000100005>. Acesso em: 20 jan. 2017.

CANO, M. D. P. **Satisfacción percibida por las usuárias con la implementación del proceso integrado del embarazo, parto y puerperio**. 2015. 309f. Tese. (Doutorado) - Universidad de Granada. Facultad de Medicina – Facultad de Ciencias de la Salud. Granada, 2015.

CARDELLI, A. A. M. et al. Expectations and satisfaction of pregnant women: unveiling prenatal care in primary care. **Investigación y Educación en Enfermería**, Colombia, v. 34, n. 2, p. 252-260, 2016. Disponível em: <<http://aprendeonlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/323258>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

CARDOSO, L. S. M.; MENDES, L. L.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Antenatal care differences in Brazilian Urban and Rural Areas: a cross-sectional population-based study. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 93-100, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/581>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

CARVALHO, D. S.; NOAVES, H. M. D. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 220-203, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800017>. Acesso em: 15 jan. 2017.

CORRÊA, M. D. et al. Evaluation of prenatal care in unit with family health strategy. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 23-31, 2014. Número especial.

CÉSAR, J. A. et al. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2106-2114, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012001100010&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 15 jan. 2017.

CHEMIR, F.; ALEMSEGED, F.; WORKNEH, D. Satisfaction with focused antenatal care service and associated factors among pregnant women attending focused antenatal care at health centers in Jimma town, Jimma zone, South West Ethiopia; a facility based cross-sectional study triangulated with qualitative study. **BioMed Central Research Notes**, v. 7, n. 164, p. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24646407>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

CHOW, A. et al. Patient-reported outcome measures: the importance of patient satisfaction in surgery. **Surgery**, v. 146, n. 3, p. 435-43, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19715800>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

COSTA, C. S. C. et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 516-22, 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a26.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

COSTA, G. D. et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1347-57, 2009. Supplement 01.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WALTER, M. I. M. T. Atendimento a gestantes no sistema único de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 768-74, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500011>. Acesso em: 15 jan. 2017.

CUMMINGS, S. R.; STUART, A.; RULLEY, S. B. **Elaboração de questionários e instrumentos de coleta de dados**. In: HULLEY, S.B. et al. Delineando a pesquisa clínica. Uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed, 2003, p.265-81.

CUNNINGHAM, S. D. et al. Group Prenatal care Attendance: Determinants and Relationship with Care Satisfaction. **Maternal and Child Health Journal**, p. 1-7, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27485493>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

CUNHA, A. B. et al. A importância do acompanhamento psicológico durante a gestação em relação aos aspectos que podem prevenir a depressão pós-parto. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 5, n. 3, p. 579-586, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/2427>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

CURTIS, M.; SILK, H. J.; SAVAGEAU, J. A. Prenatal oral health education in U.S. dental schools and obstetrics and gynecology residencies. **Journal of Dental Education**, v. 77, n. 11, p. 1461-8, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24192411>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

DAHLEM, C. H. Y.; VILLARRUEL, A. M.; RONIS, D. L. African american women and prenatal care: perceptions of patient-provider interaction. **Western Journal of Nursing Research**, v. 37, n. 2, p. 217-35, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24838492>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

DENCKER, A. et al. Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. **BioMed Central Pregnancy Childbirth**, v. 10, n. 10-81, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21143961>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

DENNIS, L. I.; FLYNN, B. C.; MARTIN, J. B. Characteristics of pregnant women, utilization, and satisfaction with prenatal services in St. Petersburg, Russia. **Public Health Nursing**, v. 12, n. 6, p. 374-377, 1995. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8545304>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

DÍAZ-SÁEZ, J. et al. La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. **Gaceta Sanitaria**, v. 25, n. 6, p. 483-489, 2011. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000600008>. Acesso em: 15 jan. 2017.

DOAEE, S. et al. Women's attitude to group prenatal care and their satisfaction. **Journal Pakistan Medical Association**, v. 63, n. 1, p. 50-54, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23865131>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 425-437, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300003>. Acesso em: 15 jan. 2017.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

DONABEDIAN, A. **The Quality of Medical Care**. *Science* 200, 1978.

EDIE, G. E. H. E. et al. Perceptions of antenatal care services by pregnant women attending government health centres in the Buea Health District, Cameroon: a cross sectional study. **The Pan African Medical Journal**, v. 21, n. 45, Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4564405/>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

EDMONDS, T. B.; MOGUL, M.; SHEA, J. A. Understanding low-income African American women's expectations, preferences, and priorities in prenatal care. **Family & Community Health**, v. 38, n. 2, p. 149-57, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25739062>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

EKOTT, M. I. et al. Perception of pregnant women about antenatal care in a cottage hospital in Port Harcourt, Nigeria. **Journal of Community Health**, v. 38, n. 2, p. 360-5, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23054423>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

EMELUMALU, O. F. et al. Perception of quality of maternal healthcare services among women utilising antenatal services in selected primary health facilities in Anambra State, Southeast Nigeria. **Nigerian Medical Journal**, v. 55, n. 2, p. 148-155. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24791050>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

ERIKSEN, L. R. Patient satisfaction with nursing care: concept clarification. **Journal of Nursing Measurement**, v. 3, n. 1, p. 59-76, 1995. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7493189>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

ESIMAI, O. A.; OMONIYI-ESAN, G. O. Wait time and service satisfaction at antenatal clinic, Obafemi Awolowo University Ile-Ife. **East African Journal of Public Health**, v. 6, n. 3, p. 309-11, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20803925>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

ESPEREDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000600016&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 jan. 2017.

FAGBAMIGBE, A. F. et al. Practice, knowledge and perceptions of antenatal care services among pregnant women and nursing mothers in Southwest Nigeria. **International Journal of Maternal and Child Health**, v. 1, n. 1, p. 7-16, 2013. Disponível em: <<http://aphrc.org/archives/publications/practice-knowledge-and-perceptions-of-antenatal-care-services-among-pregnant-women-and-nursing-mothers-in-southwest-nigeria>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 39, p. 13-33, out. 2014. Número especial.

FERRAZ, L. et al. Avaliação dos Serviços de Saúde na ótica dos usuários. **Revista de Políticas Públicas**, v. 17, n. 2, p. 423, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/AVALIA%C3%87%C3%83O_DOS_SERVI%C3%87OS_DE_SA%C3%9ADE_NA_%C3%93TICA_DOS_USU%C3%81RIOS.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

FESCINA, R. et al. **Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS**. Montevideo: CLAP/SMR, 2007.

FISHBEIN, M.; AJZEN, I. **Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research**. Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1975.

FISHER, R. A. The logico inductive inference. **Journal of the Royal Statistical Society**, v. 98, n. 1, p. 39-82, 1935. Disponível em: <<http://www.dcsociety.net/fisher-1935.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

FIROUZBAKHT, M.; NIKPOUR, M.; KHAFFRI, S. The Effect of Prenatal Education on the Process of Childbirth. **International Journal of Medical Sciences**, v. 2, n. 4, p. e17361, 2014. Disponível em: <<http://scimetric.com/17361.fulltext>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

FONSÊCA, L. A. C.; PÁDUA, L. B.; NETO, J. D. V. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes usuárias do sistema único de saúde. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, v. 4, n. 2, p. 40-45, 2011. Disponível em: <http://uninovafapi.edu.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n2/pesquisa/p6_v4n2..pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

FORSTER, D. A. et al. Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. **BioMed Central Pregnancy & Childbirth**, v. 16, n. 28, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4739100/>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). **Perfil Municipal de Bauru**. 2017. Disponível em: www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado. Acesso em: 02 abr. 2017.

GALLE, A. et al. Expectations and satisfaction with antenatal care among pregnant women with a focus on vulnerable groups: a descriptive study in Ghent. **BioMed Central Women's Health**, v. 15, n. 112, p. 1-12, 2015. Disponível em: <<http://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-015-0266-2>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

GHOSH-JERATH, S. et al. Antenatal care (ANC) utilization, dietary practices and nutritional outcomes in pregnant and recently delivered women in urban slums of Delhi, India: an exploratory cross-sectional study. **Reproductive Health**, v. 12, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25889714>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

GILL, L.; WHITE, L. A critical review of patient satisfaction. **Leadership in Health Services**, v. 22, n. 1, p.8-19, 2009. Disponível em: <<http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/17511870910927994>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

GOUVEA, G. C. **Avaliação da satisfação dos usuários com o sistema de saúde brasileiro**. 2009. 189f. Tese (Doutorado) - 189f. Fundação Oswaldo Cruz Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2009.

GRESS-SMITH, J. L. et al. Prenatal expectations in mexican american women: development of a culturally-sensitive measure. **Archives of Women's Mental Health**, v. 16, n. 4, p. 303-14. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23592028>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

GUERREIRO, E. M. et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 315-33, 2012. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/533>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

HAGGERTY, J. L. Are measures of patient satisfaction hopelessly flawed? **British Medical Journal**, v. 341:c4783, 2010. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/341/bmj.c4783>>. Acesso em: 15 jan. 2017

HAIR, J. F. Multivariate data analysis. **New Jersey**: Prentice Hall, 1998.

HANDLER, A. et al. Prenatal Care characteristics and African-American women's satisfaction with care in a managed care organization. **Women's Health Issues**, v. 13, n. 3, p. 93-103, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12867088>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

HANDLER, A. et al. Health care characteristics associated with women's satisfaction with prenatal care. **Medical Care**, v. 36, n. 5, p. 679-694, 1998. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9596059>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

HARRIS, L. E. et al. Measuring patient satisfaction for quality improvement. **Medical Care**, v. 37, n. 12, p. 1207-1213, dec, 1999. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/10599602/>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

HEAMAN, M. I. et al. Quality of prenatal care questionnaire: instrument development and testing. **BioMed Central Pregnancy and Childbirth**, v. 14, n. 3, p. 2-16, 2014. Disponível em: <<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-188>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

HILDINGSSON, I. et al. Women's satisfaction with antenatal care: comparing women in Sweden and Australia. **Women and Birth**, v. 26, n. 1, p. e9-e14, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22795867>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

HILDINGSSON, I.; RADESTAD, I. Swedish women's satisfaction with medical and emotional aspects of antenatal care. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 3, p. 239-249, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16194177>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

HILDINGSSON, I.; ANDERSSON, E.; CHRISTENSSON, K. Swedish women's expectations about antenatal care and change over time – A comparative study of two cohorts of women. **Sexual & Reproductive HealthCare**, v. 5, n. 2, p. 51-7, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24814439>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

HILDINGSSON, I.; WALDENSTROM, U.; RADESTAD, I. Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregiver and general content. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, v. 81, n. 2, p. 118-25, 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11942901>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. Assessing the fit of the model. In: **Applied Logistic Regression** John Wiley and Sons, New York, pp. 135-173, 1989.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a Pesquisa Clínica**. 4th ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

IPEA. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento/Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília: Ipea: MP, SPI, 2014.

IVANOV, L. L.; FLYNN, B. C. Utilization and Satisfaction with Prenatal Care Services. **Western Journal of Nursing Research**, v. 21, n. 3, p. 372-86, 1999. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11512204>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

JAFARI, F. et al. Comparasion of maternal and neonatal outcomes of groups versus individual prenatal care: a new experience in Iran. **Health Care for Women International**, v. 31, n. 7, p. 571-84, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20526924>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

JALLOW, I. K. et al. Women's perception of antenatal care services in public and private clinics in the Gambia. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 24, n. 6, p. 595-600, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22789667>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

JAREETHUM, R. et al. Satisfaction of Healthy Pregnant Women Receiving Short Message Service via Mobile Phone for Prenatal Support: A Randomized Controlled Trial. **Journal of Medical Association of Thailand**, v. 91, n. 4, p. 458-463, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18556852>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

JENKINSON, C. et al. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. **Qual Saf Health Care**, 2002. v. 11, n. 4, p. 335-9. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12468693>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

JEPNGETICH, H.; BALIDDAWA, J.; KIPKULEI, J. Factors affecting ANC women's satisfaction with communication skills of health care providers. **International Journal of Development and Sustainability**, v. 2, n. 3, p. 2188-2196, 2013. Disponível em: <<http://citeweb.info/20132032186>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

KAMIL, A.; KHORSHID, E. Maternal perceptions of antenatal care provision at a tertiary level Hospital, Riyadh. **Oman Medical Journal**, v. 28, n. 1, p. 33-35, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3562985/>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

KESZEI, A. P.; NOVAKA, M.; STREINER, D. L. Introduction to health measurement scales. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 68, n. 4, p.319-23, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20307697>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

KLEIN, D. P. et al. Análise bibliométrica sobre avaliação de serviços de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on line.**, v. 9, p. 7609-14, 2015. Supplement 3.

LA MONICA, E. L. et al. Development of a Patient Satisfaction Scale. **Research in Nursing & Health**, v. 9, n. 1, p.43-50, 1986. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3634418>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

LANDSBERG, G. A. P. et al. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a CIAP. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3025-3036, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a18.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

LANGER, A. et al. Are women and providers satisfied with antenatal care? Views on a standard and a simplified, evidence-based model of care in four developing countries. **BioMed Central Women's Health**, v. 2, n. 7, p.1-10, 2002. Disponível em: <<https://bmcmwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6874-2-7>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

LINDER-PELZ, S. Toward a Theory of Patient Satisfaction. **Social Science and Medicine**, v. 16, n. 5, p. 577-582, 1982. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7100990>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

LINDER-PELZ, S.; STRUENING, E. L. The multidimensionality of patient satisfaction with a clinic visit. **Journal of Community Health**, v. 10, n. 1, p. 42-54, 1985. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4019824>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

LUCAS, C. et al. Review of patient satisfaction with services provided by general practitioners in an antenatal shared care program. **Reprinted from Afp**, v. 44, n. 5, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26042405>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

MAN, P. S. **Introdução À Estatística** - 8ª Ed. 2015.

MADERUELO, J. A. et al. Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo. Diferencias entre los dispositivos asistenciales. **Gaceta Sanitaria**, v. 20, n. 1, p. 31-9, 2006. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000100006>. Acesso em: 15 jan. 2017.

MALTA, D. C et al. Family Health Strategy Coverage in Brazil, according to the National Health Survey, 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/en_1413-8123-csc-21-02-0327.pdf>. Acesso em: 15 jan 2017.

MARTINEZ, E. Z. Bioestatística para os cursos de graduação da área da saúde. São Paulo: Blücher, 2015.

MATEJIC, B. et al. Maternal satisfaction with organized perinatal care in Serbian public hospitals. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 14, n. 1, 2014. Disponível em: < <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-14>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

MATHILDE-NEKE, J. M. The expectations of pregnant women regarding antenatal care. **Curationis**, v. 31, n. 3, p. 4-11, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19177965>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

MAWAJDEH, S.; ALQUTOB, R.; BIN, R. F. The assessment of quality of care in prenatal services in Irbid, North Jordan: women's perspectives. **Copyright International Development Research Centre**, 1995. Disponível em: <<http://www.popline.org/node/307738>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

MAZZONI, Group prenatal care, **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28189608>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

MEJÍA, P. T. R. et al. Factores de servicios de salud y satisfacción de usuarias asociados al acceso al control prenatal. **Hacia la Promoción de la Salud**, v. 19, n. 1, p. 84-98, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v19n1/v19n1a07.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

MENDES, M. A. **Terapia Cognitiva: Novas Perspectivas**. Disponível em: http://www.nunap.com.br/artigos/terapia_cognitiva.html. Acesso em: 21 Jan 2017.

MENDOZA-SASSI, R. A. et al. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 787-96, 2011. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400018>>. Acesso em: 15 jan 2017.

METERKO, M.; RUBIN, H. R. Patient judgements of hospital quality: a taxonomy. **Medical Care**, v. 28, p. 10-14, 1990. V. 28, n. p, p. 10-14, 1990. Disponível em: <http://journals.lww.com/lwwmedicalcare/citation/1990/09001/2__patient_judgments_of_hospital_quality__a.3.aspx>. Acesso em: 15 jan. 2017.

MISHIMA, S. M. et al. Assistance in Family Health from the Perspectiva of Users. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 436-443, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300020>. Acesso em: 15 jan 2017.

MOHAMADIRIZI, S.; BAHADORAN, P.; FAHAMI, F. Effect of e-learning on primigravida women's satisfaction and awareness concerning prenatal care. **Journal of Education and Health Promotion**, v. 3, p. 70-74, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3977405/>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

MONTASSER, N. A. E. H. et al. Egyptian women's satisfaction and perception of antenatal care. **International Journal of Tropical Disease & Health**, v. 2, n. 2, p. 145-156. 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedomain.org/abstract/534>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

MOONESAR, I.; VEL, P. Patient's perception on prenatal care management at Trinidad & Tobago. **International Journal of Economics and Management Sciences**, v. 2, n. 3, p. 63-74, 2012. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.928.2272&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

NNEUBUE, C. C. et al. Clients' Knowledge, perception and satisfaction with quality of maternal health care services at the primary health care level in Nnewi, Nigeria. **Nigerian Journal of Clinical Practice**, v. 17, n. 5, p. 594-601, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25244270>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

NOVICK, G. Women's experience of prenatal care: an integrative review. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 54, n. 3, p. 226-237, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2754192/>. Acesso em: 15 jan. 2017.

NWAEZE, I. L. et al. Perception and satisfaction with quality of antenatal care services among pregnant women at the university college hospital, Ibadan, Nigeria. **Annals of Ibadan Postgraduate Medicine**, v. 11, n. 1, p. 22-8, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25161419>. Acesso em: 15 jan. 2017.

OBAMIRO, J. K. Queuing theory and patient satisfaction: An overview of terminology and application in ante-natal care unit'. **Petroleum-Gas University of Ploiesti**, Romania. v. 62, n. 1, p. 1-11, 2010. Disponível em: <http://www.upg-bulletin-se.ro/archive/2010-1/1.%20Obamiro.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2017.

OBERST, M. T. Methodology in behavioral and psychosocial cancer re arch. Patient's perceptions of care: Measurement of quality and satisfaction. **Cancer**, v. 53, n. 10, p. 2366-73, 1984. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6704916>. Acesso em: 20 jan. 2017.

OLIVEIRA, C. B.; RAMOS, M. C. O grau de satisfação da usuária gestante na assistência pré-natal nas Unidades de Saúde da Família no município de Vitória. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 241-256, 2007. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2007_2/artigos/IESC_2007-2_6.pdf. Acesso em: 20 jan. 2017.

OLIVEIRA, R. L. A. et al. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0546.pdf. Acesso em: 20 jan. 2017.

O'HEARN, A. Deaf women's experiences and satisfaction with prenatal care: a comparative study. **Family Medicine**, v. 38, n. 10, p. 712-6, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17075744>. Acesso em: 20 jan. 2017.

OMAR, M. A.; SCHIFFMAN, R. F.; BINGHAM, C. R. Development and testing of the patient expectations and satisfaction with prenatal care instrument. **Research in Nursing & Health**, v. 24, n. 3, p. 218-229, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11526620>. Acesso em: 20 jan. 2017.

OMAR, M. A.; SHIFFMAN, R. F. Satisfaction and adequacy of prenatal care utilization among rural low-income women. **Ouctomes Management for Nursing Practice**, v. 4, n. 2, p. 91-6, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11111590>. Acesso em: 20 jan. 2017.

OMAR, M. A.; SCHIFFMAN, R. F. Pregnant women's perceptions of prenatal care. **Maternal-Child Nursing Journal**, v. 23, n. 4, p. 132-142, 1995. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8826079>. Acesso em: 20 jan. 2017.

OMS. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. 2016. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250800/2/WHO-RHR-16.12-por.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. **Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, Alma-Ata, Rússia. Brasília: Unicef, 1979.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Documentos Temáticos. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. 1. 2. 3. 5. 9. 14**. Brasília: 2017

ORRANTIA, E. et al. Evaluation of a novel model for rural obstetric care. **The Canadian Journal of Rural Medicine**, v. 15, n. 1, p. 14-18, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20070925>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

ORR, R. D.; SIMMONS, J. J. Nutritional care in pregnancy: the patient's view. II. Perceptions, satisfaction, and response to dietary advice and treatment. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 75, n. 2, p. 131-6, 1979. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/458077>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

OTA, E. et al. Antenatal dietary education and supplementation to increase energy and protein intake (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 6, 2015. Disponível em: http://www.cochrane.org/CD000032/PREG_antenatal-dietary-education-and-supplementation-on-energy-and-protein-intake-in-pregnancy-to-improve-infant-outcomes>. Acesso em: 20 jan. 2017.

OTANI, K. et al. Patient Satisfaction: focusing on “excellent”. **Journal of Healthcare Management**, v. 54, n. 2, p. 93-102, Mar, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19413164>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

PADILHA, P. C. et al. Anthropometric assessment of nutritional status in Brazilian pregnant women. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 25, n. 2, p. 171-8, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009000200011>. Acesso em: 20 jan. 2017.

PARIS, G. F.; PELLOSO, S. M.; MARTINS, P. M. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n. 10, p.447-52, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n10/04.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

PASCOE, G. C. Patient Satisfaction in Primary Health Care: A literature review and analysis. **Evaluation and Program Planning**, v. 6, n. 3-4, p. 185-210, 1983. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10299618>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

PEDRAZA, D. F. Epidemiologia e avaliação de serviços de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 24, n. 2, p. 151-158, 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/lil-598182>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

PELL, C. et al. Factors affecting antenatal care attendance: results from qualitative studies in Ghana, Kenya and Malawi. **Public Library of Science One**, v. 8, n. 1, e53747, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23335973>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

PELLETIER, A. et al. Text Messaging to Encourage Prenatal care. **The Female Patient**, v. 37, p. 32-36, Jan, 2012. Disponível em: <http://riproad.com/refresh/wp-content/uploads/2012/06/Text_Messaging_to_Encourage_Prenatal-Care.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2017.

PFLUGEISEN, B. M; MOU, J. Patient Satisfaction with Virtual Obstetric Care. **Maternal and Child Health Journal**. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28176034>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

PHALADI-DIGAMELA, M. R. Community-physician-based versus hospital-based antenatal care: a comparison of patient satisfaction. **Health SA Gesondheid**, v. 19, n. 1, p. 1-7, 2014. Disponível em: <<http://www.hsag.co.za/index.php/HSAG/article/view/780>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

PISCO, L. A. Avaliação como instrumento de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 566-568, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300004>. Acesso em: 20 jan. 2017.

POLGLIANE, R. B. S et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, 1999-2010, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000701999&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 20 jan. 2017.

POZO-CANO, M. D. et al. Satisfaction Level of New Mothers with Prenatal Care and the Healthcare Professionals Who Provide It. **West Indian Medical Journal**, v. 63, n. 7, p. 732-8, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25867581>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

PRICILLA, R. A. et al. Satisfaction of antenatal mothers with the care provided by nurse-midwives in an urban secondary care unit. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 5, n. 2, p. 420-423. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5084573/>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

PRUDÊNCIO, P. S. et al. Adaptation and validation of the Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care instrument among Brazilian pregnant women. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 704-710. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23918015>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

PRUDÊNCIO, P. S. **Adaptação cultural e validação para o uso no Brasil do instrumento Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care (PESPC)**. 2012.188f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

PRUDÊNCIO, P. S. The Cultural and Linguistic Adaptation to Brazilian Portuguese and Content Validity of the Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care Instrument. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 27, n. 5, p. 509-17, Sep, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25925593>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

RAHMAN, M. M.; NGADAN, D. P.; ARIF, M. T. Factors affecting satisfaction on antenatal care services in Sarawak, Malaysia: evidence from a cross sectional study. **Springerplus**, v. 5, n. 1, p. 725, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4909660/>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

RAINE, R. et al. A qualitative study of women's experiences of communication in antenatal care: Identifying areas for action. **Maternal and Child Health Journal**, v. 14, n. 4, p. 590-599, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19554436>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

RAMA, M.; KANAGALURU, S. K. A study on the satisfaction of patients with reference to hospital services. **International Journal of Business Economics & Management Research**, v. 1, n. 3, p. 15-25, 2011. Disponível em: <http://www.zenithresearch.org.in/images/stories/pdf/2011/Dec/ZIBEMR/2_ZIBEMR_VOL1_ISSUE3.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2017.

RAUBE, K.; HANDLER, A.; ROSENBERG, D. Measuring Satisfaction Among Low-Income Women: A Prenatal Care Questionnaire. **Maternal and Child Health Journal**, v. 2, n. 1, p. 25-33, 1998. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1023/A:1021841508698>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

REDSHAW, M.; HEIKKILA, K. Delivered with care: a national survey of women's experience of maternity care. **National Perinatal Epidemiology Unit**, University of Oxford, Oxford. Disponível em: <<https://www.npeu.ox.ac.uk/delivered-with-care>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

R CORE TEAM (2013). R: **A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <http://www.r-project.org/>.

ROBERTS, R. O. et al. Barriers to prenatal care: factors associated with late initiation of care in a middle-class Midwestern community. **Journal of Family Practice**, v. 47, n. 1, p.53-61, 1998. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9673609>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

ROCHA, R. S.; SILVA, M. G. C. Assistência pré-natal na rede básica de fortaleza-ce: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 25, n. 3, p. 344-55, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2265>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

ROSENTHAL, G. E.; SHANNON, S. E. The use of Patient Perceptions in the Evaluation of Health-Care Delivery Systems. **Medical Care**. v. 35, n. 11, 1997. Supplement 11.

RUIZ-MIRAZO, E.; LOPEZ-YARTO, M.; MCDONALD, S. D. Group Prenatal Care Versus Individual Prenatal Care: A Systematic Review and Meta-Analyses. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 34, n. 3, p. 223-229, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22385664>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SADDKI, N.; YUSSOF, A.; HWANG, T. L. Factors associated with dental visit and barriers to utilization of oral health care services in a sample of antenatal mothers in Hospital Universiti Sains Malaysia. **BioMed Central Public Healht**, v. 18, n. 10, p. 2-11, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20163741>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SANTOS, A. L.; RADOVANOVIC, C. A. T.; MARCON, S. S. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, p. 61-71, 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a07v11esp_n4.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

SAS Institute Inc., SAS/STAT® User's Guide, Version 9.0, Cary, NC: SAS Institute Inc., 2002.

SAVASSI, L. C. M. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 5, n. 17, p. 3-5, 2010. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/135/127>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

SCHOENFELDER, T.; KLEWER, J.; KUGLER, J. Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 25, n. 3, p. Disponível em: <<https://academic.oup.com/intqhc/article/23/5/503/1864644/Determinants-of-patient-satisfaction-a-study-among>>. Acesso em: 20 jan. 2017

SECLÉN-PALACÍN, J. A. et al. ¿Existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal?: experiencia en hospitales del Perú. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 16, n. 3, p. 149-157, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n3/23084.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (BAURU-SP). **Relatório de Gestão do Município de Bauru – Período janeiro a dezembro de 2012**. 2013.

SHABILA, N. P.; AHMED, H. M.; YASIN, M. Y. Women's views and experiences of antenatal care in Iraq: a Q methodology study. 2014. **BioMed Central Pregnancy and Childbirth**, v. 13, p. 14-43, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3902000/>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SHOLEYE, O. O.; ABOSEDE, O. A.; JEMINUSI, O. A. Three decades after Alma-Ata: are women satisfied with antenatal care services at primary health centres in Mushin, Lagos? **Journal of Medicine and Medical Science Research**, v. 2, n. 3, p. 24-29, 2013. Disponível em: <<http://onlineresearchjournals.org/JMMSR/pdf/2013/mar/Sholeye%20et%20al..pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde Debate**, v. 38, n. 103, p. 805-816, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0805.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

SILVA, E. P.; LIMA, R. T.; OSÓRIO, M. M. Impact of educational strategies in low-risk prenatal care: systematic review of randomized clinical trials. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2935-2948, Sep, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27653079>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SILVA, E. P. et al. C. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 13, n. 1, p. 29-37, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292013000100004>. Acesso em: 15 jan. 2017.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ, 2004. p. 241-257.

SILVA, F. C. B.; BRITO, R. S. Percepção de gestantes acerca das atitudes do companheiro diante da sua ausência no pré-natal. **Revista Rene**. v. 11, n. 3, p. 95-102, 2010 Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol11n3_html_site/a10v11n3.html>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SIMKHADA, B. et al. Factors affecting the utilization the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. **Journal of Advanced Nursing**, v. 61, n. 3, p. 244-260, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18197860>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SHOU-HISA, C.; MING-CHIN, Y.; TUNG-UANG, C. Satisfação do paciente e recomendação de um hospital: efeitos dos aspectos interpessoais e técnicos da assistência hospitalar. **Revista Internacional de Qualidade em Cuidados de Saúde**, v. 15, n. 4, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12930050>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SOLIMAN, F. E. S. Satisfaction of Rural Pregnant Women as Quality Indicator of Provided Antenatal Care. **International Journal of Scientific and Research Publications**, v. 5, n. 3, 2015. Disponível em: <<http://www.ijsrp.org/research-paper-0315.php?rp=P393767>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SOFAER, S.; FIRMINGER, K. Patient Perceptions of the quality of health services. **Annual Review of Public Health**, v. 26, p.513-559, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15760300>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SRIVASTAVA, A. et al. Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. **BioMed Central Pregnancy Childbirth**, v. 18, n. 15-97, 2015, Apr, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25928085>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

STEIN, A. T. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 179-181, 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100019>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SUCCI, R. C. M. et al. Evaluation of prenatal care at basic health units in the city of Sao Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 6, p. 986-92, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000600008>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SUFIYAN, M. B.; UMAR, A. A.; SHUGABA, A. Client satisfaction with antenatal care services in primary healthcentres in Sabon Gari local government area, Kaduna State Nigeria. **Journal of Community Medicine and Primary Health Care**, v. 25, n. 1, p. 12-22, 2013. Disponível em: <<http://www.ajol.info/index.php/jcmphc/article/view/95510>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SUNIL, T. et al. Initiation of and barriers to prenatal care use among low-income women in San Antonio, Texas. **Maternal and Child Health Journal**, v. 14, n. 1, p. 133-40. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18843529>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SUTHERLAND, G.; YELLAND, J.; BROWN, S. Social inequalities in the organization of pregnancy care in a Universally Funded Public Health Care System. **Maternal and Child Health Journal**, v. 16, n. 2, p. 288-96, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21301945>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SWORD, W. et al. Quality of prenatal care questionnaire: psychometric testing in an Australia population. **BioMed Central Pregnancy and Childbirth**, v. 10, n. 15, Sep, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26357847>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

TAKEDA, S.; YVES, T. Avaliar, uma responsabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 569-571, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30972.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

THE HEALTH BOARDS EXECUTIVE (HEBE). **Measurement of patient satisfaction guidelines: health strategy implementation project 2003**. Tullamore, 2003.

THOMPSON, A.; SUNOL, R. Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 7, n. 2, p. 127-41, 1995. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7655809>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

THIELEN, K. Exploring the Group Prenatal Care Model: A Critical Review of the Literature. **The Journal of Perinatology Educational**, v. 21, n. 4, p. 209-18, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23997549>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

TRAN, K. T. et al. Factors associated with antenatal care adequacy in rural and urban contexts-results from two health and demographic surveillance sites in Vietnam. **BioMed Central Health Services**

Reserach, v. 12, n. 40, p. 1-10. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22335834>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

TURRINI, R.N.T. **Percepção dos usuários sobre a resolutividade e a satisfação pelos serviços de saúde na região sudoeste da grande São Paulo**. 2001. 227 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

UCHÔA, S. A. C. et al. Acesso potencial à atenção primária em saúde: o que mostram os dados do programa de melhoria do acesso e da qualidade do Brasil? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, n. 24, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-02672.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2017.

VAN CAMPEN, C. et al. Quality of care and patient satisfaction: a review of measuring instruments. **Medical Care Research and Review**, v. 52, n. 1, p. 109-133, 1995. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/107755879505200107>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

VASCONCELOS-MORA, M. A. et al. La calidad de asistencia de enfermería en el periodo prenatal desde la perspectiva de la mujer embarazada. **Aquichan**, v. 14, n. 2, p. 196-206, 2014. Disponível em: <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2486>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

VIEIRA, L. B. et al. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e o compromisso social das pesquisas de Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 1, p. 8-9, 2015. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/53436/33584>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

VIELLAS, E. F et al. Prenatal care in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2017. Suplement.

VUORI, H. Research needs in quality assurance. **Quality Assurance in Health Care**, v. 1, n. 2-3, p. 147-159, 1989. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2490957>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

WAN, H; HU, S. et al. Continuous primary nursing care increases satisfaction with nursing care and reduces postpartum problems for hospitalized pregnant women. **Contemporary Nurse**, v. 37, n. 2, p. 149-59, Feb, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21692586>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

WANG, W.; HONG, R. Levels and determinants of continuum of care for maternal and newborn health in Cambodia: evidence from a population-based survey. **BioMed Central Pregnancy and Childbirth**, v. 15, n. 62, p. 1-9, 2015. Disponível em: <<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0497-0>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

WARE, J. E.; DAVIES-AVERY, A.; STEWART, A. L. The measurement and meaning of patient satisfaction: a review of the recent literature. **Health Medical Care Services Review**. v. 1, p. 3-15, 1978. Disponível em: <<https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/papers/2008/P6036.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

WARE, J. E. et al. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. **Evaluation and Program Planning**. v. 6, n. 3-4, p. 247-63, 1983. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10267253>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

WIDARSSON, M. et al. Support needs of expectant mothers and fathers: a qualitative study. **The Journal Perinatal Education**, v. 21, n. 1, p. 36-44, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3404537/>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

WIDARSSON, M. et al. 'Paddling upstream': Fathers' involvement during pregnancy as described by expectant fathers and mothers. **Journal of Clinical Nursing**, v. 24, n. 7-8, p. 1059-68, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25662781>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

WHO. Coverage of maternity care. A tabulation of available information. Geneva, 2009 Sep 20.

YANG, T. Women's satisfaction with the current state of prenatal care for pregnancies complicated by fetal anomalies: a survey of five academic perinatal units in Ontario. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 29, n. 4, p. 308-14, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17475123>>.. Acesso em: 15 jan. 2017.

YE, Y. et al. Factors affecting the utilization of antenatal care services among women in Kham District, Xiengkhouang Province, Lao PDR. **Nagoya Journal of Medical Science**, v. 72, n. 1-2, p. 23-33, Feb, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20229700>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

YOHANNES, B.; TAREKEGN, M.; PAULOS, W. Mothers' utilization of antenatal care and their satisfaction with delivery services in selected public health facilities of Wolaita Zone, Southern Ethiopia. **Journal of Scientific & Technology Research**, v. 2, n. 2, p. 74-85. 2013. Disponível em: <<http://www.ijstr.org/final-print/feb2013/Mothers-Utilization-Of-Antenatal-Care-And-Their-Satisfaction-With-Delivery-Services-In-Selected-Public-Health-Facilities-Of-Wolaita-Zone-Southern-Ethiopia.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

ZEIDAN, Z. A.; IDRIS, A. M.; BHAIRY, N. M. Satisfaction among pregnant women towards antenatal care in public and private care clinics in Khartoum. **Khartoum Medical Journal**, v. 4, n. 2, p. 590-95, 2011. Disponível em: <<http://ejournals.uofk.edu/index.php/kmj/article/view/451>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

ZINNEN, V. et al. Motivation of human resources for health: A case study at rural district level in Tanzania. **The International Journal of Health Planning and Management**, v. 27, n. 4, p. 327-347, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22714251>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A - Versão Brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC)

Abaixo estão listadas as expectativas que muitas mulheres têm sobre o cuidado pré-natal. Gostaríamos de saber quanto cada uma destas afirmativas descreve o que você espera que aconteça no seu pré-natal. Para cada afirmativa, por favor, circule o número abaixo da resposta que melhor descreve como você se sente sobre cada uma das afirmativas.

Atenção: Quando a palavra "**profissional**" for usada, significa tanto o médico, quanto a enfermeira obstetra ou a enfermeira que fizer sua consulta, ou seja, o profissional que mede o seu abdômen, realiza o seu exame pélvico, ouve os batimentos cardíacos do seu bebê. Se você consulta com mais de um profissional, responda os seguintes itens considerando aquele que você consulta **mais frequentemente**.

	Concordo Totalmente	Concordo	Concordo um pouco	Discordo um Pouco	Discordo	Discordo Totalmente
EXPECTATIVAS – Eu esperava:						
<u>Cuidado Integral:</u>						
1. Ter realizado minha primeira consulta de pré-natal mais cedo.	1	2	3	4	5	6
2. Que minhas consultas de pré-natal durassem um tempo maior.	1	2	3	4	5	6
3. Mais das minhas consultas de pré-natal do que somente ser pesada e terem ouvido o coração do meu bebê.	1	2	3	4	5	6
4. Receber informações durante as consultas sem ter que fazer muitas perguntas.	1	2	3	4	5	6
<u>Seguimento com o mesmo profissional:</u>						
5. Ter um mesmo profissional para todas as minhas consultas de pré-natal.	1	2	3	4	5	6
6. Que o profissional que faz o meu pré-natal fizesse o meu parto.	1	2	3	4	5	6
<u>Cuidado Personalizado:</u>						
7. Que o profissional que faz o meu pré-natal se preocupasse com o meu estado mental da mesma forma que com o meu estado físico.	1	2	3	4	5	6
8. Que o profissional que me atende fosse cuidadoso durante o exame físico.	1	2	3	4	5	6
9. Que alguém ouvisse os meus problemas.	1	2	3	4	5	6
10. Um encaminhamento quando eu falasse ao profissional/equipe sobre um problema.	1	2	3	4	5	6

	Concordo Totalmente	Concordo	Concordo um pouco	Discordo um pouco	Discordo	Discordo Totalmente
EXPECTATIVAS – Eu esperava:						
<u>Outros Serviços:</u>						
11. Que um assistente social forneça parte do meu cuidado pré-natal.	1	2	3	4	5	6
12. Que o serviço de uma nutricionista fizesse parte do pré-natal.	1	2	3	4	5	6

Algumas mulheres sentem-se felizes e satisfeitas com o atendimento que recebem durante o pré-natal e outras mulheres não. Abaixo estão listadas algumas situações que podem descrever a relação que você tem com o profissional de saúde que **acompanha o seu pré-natal**. Para cada afirmativa, por favor, circule o número abaixo da resposta que melhor descreve como **você** se sente sobre cada uma das afirmativas. Por favor considere o "**PROFISSIONAL**" como o indivíduo que você **consulta mais frequentemente** para os exames de pré-natal, ou seja, o médico, a enfermeira obstetra, ou a enfermeira que mede o seu abdômen, realiza o seu exame pélvico, ouve os batimentos cardíacos do seu bebê. Se você consulta mais que um profissional, responda os seguintes itens para o profissional que você **consulta mais frequentemente**.

	Concordo Totalmente	Concordo	Concordo um pouco	Discordo um pouco	Discordo	Discordo Totalmente
SATISFAÇÃO - Eu estou satisfeita com:						
<u>Informação do Profissional:</u>						
13. Os serviços de uma enfermeira de saúde pública façam parte da atenção pré-natal.	1	2	3	4	5	6
14.As explicações que o meu profissional me dava sobre o que iria acontecer nas minhas consultas de pré-natal.	1	2	3	4	5	6
15.As explicações que meu profissional me dava sobre os procedimentos médicos.	1	2	3	4	5	6
16.As informações que o meu profissional me dava sobre como a minha gravidez estava indo.	1	2	3	4	5	6
17.Os assuntos que meu profissional discutia durante as minhas consultas de pré-natal.	1	2	3	4	5	6
18.As explicações que o meu profissional me dava sobre o que eu posso esperar de ser mãe de um recém-nascido.	1	2	3	4	5	6
19.A maneira como o meu profissional tem me preparado para o trabalho de parto e parto.	1	2	3	4	5	6

	Concordo Totalmente	Concordo	Concordo um pouco	Discordo um pouco	Discordo	Discordo Totalmente
SATISFAÇÃO – Eu estou satisfeita com:						
<u>Cuidado Profissional:</u>						
20. A forma como o meu profissional me trata.	1	2	3	4	5	6
21. O respeito que o meu profissional tem por mim.	1	2	3	4	5	6
22. A qualidade do cuidado que eu recebo do meu profissional.	1	2	3	4	5	6
23. A sensação que eu não estou desperdiçando o tempo do meu profissional.	1	2	3	4	5	6
24. Por poder fazer perguntas sem constrangimento (sem sentir vergonha).	1	2	3	4	5	6
25. Não ter que repetir a minha história cada vez que eu venho para uma consulta.	1	2	3	4	5	6

Algumas mulheres sentem-se felizes e satisfeitas com o atendimento que recebem durante o pré-natal e outras mulheres não. Abaixo estão listadas algumas situações que podem descrever a relação que você tem com a equipe de profissionais do consultório/clínica. Para cada afirmação, por favor, circule o número abaixo da resposta que melhor descreve como você se sente sobre cada uma das afirmativas. **Atenção:** “EQUIPE DE PROFISSIONAIS” refere-se à enfermeira, recepcionista, ajudante, nutricionista, assistente social, técnico de laboratório e outra pessoa que você tem contato no consultório/clínica.

	Concordo Totalmente	Concordo	Concordo um pouco	Discordo um pouco	Discordo	Discordo Totalmente
SATISFAÇÃO – Eu estou satisfeita com:						
<u>Interesse da Equipe:</u>						
26. A forma como os membros da equipe demonstram preocupação sobre mim.	1	2	3	4	5	6
27. O tempo que a equipe gasta falando sobre coisas de meu interesse.	1	2	3	4	5	6
28. A forma como a equipe me trata.	1	2	3	4	5	6
29. O tempo que a equipe dedica a mim, mesmo eu não tendo problemas nesta gravidez.	1	2	3	4	5	6
30. O interesse e preocupação que a equipe demonstra ter comigo	1	2	3	4	5	6
31. A forma como a equipe lida com todos os meus problemas de saúde.	1	2	3	4	5	6

Abaixo estão listadas algumas situações que descrevem a disponibilidade e tipo de atenção pré-natal. Queremos saber como cada uma das afirmativas descreve **sua** satisfação com o cuidado pré-natal. Para cada afirmação, por favor, assinale o número abaixo da resposta que melhor descreve como **você** se sente sobre as afirmações.

	Concordo Totalmente	Concordo	Concordo um pouco	Discordo um pouco	Discordo	Discordo Totalmente
SATISFAÇÃO –						
Eu estou satisfeita com:						
<u>Características do Sistema:</u>						
32. A quantidade de tempo que eu espero para ser atendida pelo meu profissional.	1	2	3	4	5	6
33. O tempo total que eu gasto no serviço de saúde.	1	2	3	4	5	6
34. As facilidades de estacionamento do serviço de saúde.	1	2	3	4	5	6
35. As condições da sala de espera do serviço de saúde.	1	2	3	4	5	6
36. A sala de exames do consultório do serviço de saúde.	1	2	3	4	5	6
37. A possibilidade de agendar as consultas de pré-natal de acordo com a minha disponibilidade.	1	2	3	4	5	6
38. A facilidade que foi reagendar as minhas consultas de pré-natal.	1	2	3	4	5	6
39. A facilidade com que consegui agendar o meu pré-natal no início da minha gravidez (isto é, antes do quarto mês).	1	2	3	4	5	6
40. Receber todos os exames recomendados.	1	2	3	4	5	6
41. O número de consultas de pré-natal que eu fiz durante os primeiros seis a sete meses de gravidez.	1	2	3	4	5	6

Fonte: Versão Brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) adaptada por Prudêncio (2012).

ANEXO B - Autorização da autora para utilização da versão brasileira do instrumento*Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care (PESPC)*

De: "Millie Horodynski" <Millie.Horodynski@ht.msu.edu>
Para: "Fabiana Villela Mamede" <famamede@eerp.usp.br>
Enviadas: Terça-feira, 19 de Maio de 2015 15:40:46
Assunto: RE: Mildred A. Horodynski

Dear Dr. Mamede

Thank you for the information. I am so pleased that the instrument was successful. Yes, you may use the validated instrument in other studies in Brazil; I just ask that proper citation of the PESPC. Thank you.
Millie

From: Fabiana Villela Mamede [famamede@eerp.usp.br]
Sent: Tuesday, May 19, 2015 12:24 PM
To: Millie Horodynski
Cc: patricia mestrado
Subject: Re: Mildred A. Horodynski

Dear Mildred

The instrument has been successfully validated. I would like to to thank you for the opportunity and enjoy this email to ask permission to use this this validated instrument to use in other studies in others cities in Brazil. Hugs

Dra Fabiana Mamede

Faculty of University of Sao Paulo at Ribeirao Preto - College of Nursing

Address: Av. Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto-SP. Brazil.

Tel: 55-16-36023405 or 55-16-36023391

Skype: famamede

De: "Fabiana Villela Mamede" <famamede@eerp.usp.br>
Para: "millie horodynski" <millie.horodynski@hc.msu.edu>
Cc: "patricia mestrado" <psprudencio@yahoo.com.br>
Enviadas: Terça-feira, 19 de Maio de 2015 12:43:00
Assunto: Mildred A. Horodynski

Hello dear Mildred

Thank you for answering me. Unfortunately, we could not meet, but I submit attached some articles we publish in English and I hope we can meet in the future.

Hugs

Dra Fabiana Mamede

Faculty of University of Sao Paulo at Ribeirao Preto - College of Nursing

Address: Av. Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto-SP. Brazil.

Tel: 55-16-36023405 or 55-16-36023391

Skype: famamede

ANEXO C - Interpretação dos escores da versão brasileira do instrumento*Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care (PESPC)***From:** Fabiana Villela Mamede [mailto:famamede@eerp.usp.br]**Sent:** Monday, August 31, 2015 8:04 AM**To:** Millie Horodyski**Cc:** Patrícia Santos Prudêncio**Subject:** Re: Mildred A. Horodyski

Hello Millie,

How are you? Hope you are fine. I am contacting you again to request some guidance on the interpretation of scores PESPC instrument. According to what you explained to us earlier, the totals of scores in an area shall be calculated by averaging the weighted items within their areas and may vary:

Expectation: 12 (minimum score) to 72 (maximum score) **Correct**

The lower the score, the higher expectation. **Correct**

The higher the score, the lower expectation. **Correct**

Satisfaction: 29 (minimum score) to 174 (maximum score) **Correct**

The lower the score, the greater satisfaction. **Correct**

The higher the score, the lower satisfaction. **Correct**

In order to perform the statistical analysis after application of the Brazilian version of PESPC instrument we would like to know: We can classify the expectation (high expectations and low expectations) and satisfaction (very pleased and very dissatisfied) according to the classification of the values of the scores below, or not? **See the changes in the values below in green**

Example:

Expectation	Score Minimum and Maximum	High Expectation	Low Expectations
Complete Care	4 - 24	04 ≥ 14*12	1214 < 24
Provider Continuity	2 - 12	02 ≥ 07 06	0607 < 12
Personalized Care	4 - 24	04 ≥ 1412	1214 < 24
Other Services	2 - 12	02 ≥ 0706	0607 < 12
Total	12 - 72	12 ≥ 4236	3642 < 72
Satisfaction	Score Minimum and Maximum	Greater Satisfied	Very Dissatisfied
Information from Provider	7 - 42	07 ≥ 2421	2124 < 42
Provider Care	6 - 36	06 ≥ 2118	1821 < 36
Staff Interest	6 - 36	06 ≥ 2118	1821 < 36
System Characteristics	10 - 60	10 ≥ 3530	3035 < 60
Total	29 - 174	29 ≥ 10087	87101 < 174

* Calculated by the following formula (24-4= 20 20:2=10 10+4=14) Calculated by the following formula responses ranged from 1 to 6 with 1-3 lower score = higher expectations/satisfaction; thus $4 \times 1 = 4$, $+ 4 \times 2 = 8$, $+ 4 \times 3 = 12$ = would be in the range from strongly agree to slightly agree and so on for each subscale

Our question arose because there were some values that we did not know how to classify, for example: value of 13 in the sub scale Complete Care (Expectation), we can classify as High Expectation? Yes

I thank your attention. I hope this helps clarify the scoring for you. Let me know if additional questions.

Warmly, Millie

I'll be awaiting your return as soon as possible.

Hug!

Fabiana

Dra Fabiana Mamede

Faculty of University of Sao Paulo at Ribeirao Preto - College of Nursing

Address: Av. Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto-SP. Brazil.

Tel: 55-16-36023405 or 55-16-36023391

Skype: famamede

ANEXO D - Protocolo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 237/2014

Ribeirão Preto, 3 de dezembro de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 189ª Reunião Ordinária, realizada em 3 de dezembro de 2014.

Protocolo CAAE: 38776114.8.0000.5393

Projeto: Avaliação da Expectativa e Satisfação da gestante com o Cuidado Pré-Natal.

Pesquisadores: Fabiana Villela Mamede
Patrícia Santos Prudêncio

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Angelita Maria Stabile
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof. Dra. Fabiana Villela Mamede
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário de identificação e caracterização de dados sociodemográficos e obstétricos

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E OBSTÉTRICOS

PARTE A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Data da Coleta de Dados: _____
2. Número do Prontuário: _____
3. Nome (iniciais): _____
4. Endereço: _____
5. Telefone: _____
6. Tipo de Serviço:
 Unidade Básica de Saúde (UBS) () Nome: _____
 Unidade de Saúde da Família (USF) () Nome: _____
7. Data de Nascimento: _____ Idade (anos): _____

PARTE B - DADOS DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

8. Estado Civil:
 1 - () Casada 2 - () Solteira 3 - () Viúva 4 - () Amasiada
9. Cor:
 1 - () Branca 2 - () Negra 3 - () Parda 4 - () Outra
10. Nível de Escolaridade:
 1 - () Ensino Fundamental Completo 2 - () Ensino Fundamental Incompleto
 3 - () Ensino Médio Completo 4 - () Ensino Médio Incompleto
 5 - () Ensino Superior Completo 6 - () Ensino Superior Incompleto
11. Ocupação: _____
12. Renda Familiar Mensal (em salários mínimos):
 1 - () Um salário 3 - () Dois a três 5 - () Superior a quatro
 2 - () Um a Dois 4 - () Três a Quatro
13. Situação Profissional:
 1 - () Remunerada 2 - () Não remunerada
14. Religião:
 1 - () Católica 3 - () Espírita 5 - () Não tem
 2 - () Evangélica 4 - Outra _____
15. Possui convênio de saúde:
 1 - () Sim 2 - () Não
16. Realiza o pré-natal pelo convênio de saúde, além do serviço público:
 1 - () Sim 2 - () Não

PARTE C - DADOS OBSTÉTRICOS**17. Idade Gestacional Atual (em semanas):****DUM = _____ USG = _____****18. Histórico Obstétrico:** () G () P () A**19. Paridade:**

1 - () Primigesta 2 - () Multigesta

20. Tipo de partos:

1 - () Vaginal 2 - () Cesárea 3 - () Fórceps

21. Realizou Pré-Natal nas gestações anteriores? Em quantas?

1 - () Sim 2 - () Não Apenas _____

22. O cuidado pré-natal da gestação anterior foi realizado nesse mesmo serviço de saúde?

1 - () Sim 2 - () Não

23. Das gestações anteriores, de uma maneira geral, você ficou satisfeita com o cuidado pré-natal recebido?

1 - () Sim 2 - () Não

24. Número de consultas de pré-natal realizadas na gestação atual (inclusive hoje): _____**25. Data da primeira consulta pré-natal:**

1 - () Primeiro Trimestre 2 - () Segundo Trimestre 3 - () Terceiro Trimestre

26. Apresentou alguma intercorrência nessa gravidez?

1 - () Sim 2 - () Não Qual? _____

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Patrícia Santos Prudêncio, sou Enfermeira e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), sob orientação da Professora Fabiana Villela Mamede.

Venho convidá-la a participar da pesquisa de doutorado intitulada por: **“Avaliação da Expectativa e Satisfação da gestante com o Cuidado Pré-Natal na Atenção Primária à Saúde”** cujo objetivo é avaliar a expectativa e a satisfação da gestante com o cuidado pré-natal nos serviços públicos de saúde de atendimento pré-natal no município de Bauru-SP. Para atender ao objetivo desta pesquisa, será necessário coletar alguns dados em seu prontuário e fazer-lhe algumas perguntas.

- A duração da entrevista é de aproximadamente de 20 minutos.
- Você não será identificada em momento algum da pesquisa e poderá, a qualquer momento, inclusive enquanto estiver preenchendo os formulários, deixar de participar da mesma sem prejuízo para si ou ao seu atendimento nesta Unidade de Saúde. Poderá também pedir esclarecimentos sobre a pesquisa em qualquer momento.
- Ao término da pesquisa, os dados poderão ser publicados ou apresentados em eventos científicos, com a garantia de não revelar a sua identidade (sigilo da sua identidade) ou de qualquer pessoa entrevistada.
- Não haverá nenhum custo e nem remuneração pela sua participação.
- Você tem o direito de indenização, na ocorrência de danos relacionados à pesquisa, pelo pesquisador, instituições envolvidas, nas diferentes fases da pesquisa.
- A pesquisa pode apresentar um risco mínimo de desconforto quanto à falta de privacidade e que para evitar tal desconforto será escolhido um local adequado para que a sua privacidade e sigilo em participar da pesquisa seja garantida.
- A pesquisa apresenta como benefício indireto a contribuição para a melhoria da qualidade da assistência pré-natal no município de Bauru.

**VERSO DO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

- Ao concordar em participar dessa pesquisa, você assinará esse **TERMO** de consentimento livre e esclarecido em 02 duas vias e terá o direito de ficar com uma via assinada também pelo pesquisador.

Agradeço sua participação, e coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos, por telefone: (14) 98108-5130, ou e-mail: psprudencio@usp.br / psprudencio@yahoo.com.br.

Este projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), que tem a função de proteger eticamente o participante da pesquisa, e pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Bauru. Após ter lido e compreendido as informações acima, concordo em participar desta pesquisa e autorizo a utilização dos dados para o presente estudo.

Bauru, _____ de _____ de _____

PATRÍCIA SANTOS PRUDÊNCIO

Endereço: Rua Manoel Pereira Rolla,
18-50, Apartamento 81-A - Bauru-SP
Pesquisadora Responsável
(14) 98108-5130

PARTICIPANTE DA PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP

Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto-SP
Funcionamento: Dias úteis (8h às 17h)
Telefone: (16) 3315-3386