



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ADRIANA MORENO DE LIMA

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL SEGUNDO O INSTRUMENTO:
PATIENT EXPECTATIONS AND SATISFACTION WITH PRENATAL CARE (PESPC)

FORTALEZA

2018

ADRIANA MORENO DE LIMA

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL SEGUNDO O INSTRUMENTO:
PATIENT EXPECTATIONS AND SATISFACTION WITH PRENATAL CARE (PESPC)

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Kelve de Castro Damasceno

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- L696a Lima, Adriana Moreno de.
Avaliação da assistência pré-natal segundo o instrumento: Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care (PESPC) / Adriana Moreno de Lima. – 2018.
66 f.
- Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2018.
Orientação: Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno.
Coorientação: Prof. Me. Igor Cordeiro Mendes .
1. Saúde Materna. 2. Cuidado Pré-Natal. 3. Satisfação do Paciente. I. Título.

CDD 610.73

ADRIANA MORENO DE LIMA

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL SEGUNDO O INSTRUMENTO:
PATIENT EXPECTATIONS AND SATISFACTION WITH PRENATAL CARE (PESPC)

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 26/06/2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ana Kelve de Castro Damasceno (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Me. Igor Cordeiro Mendes
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Enf.^a Marcella Rocha Tavares de Souza
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus.

Aos meus pais, Arimatéa e Eva.

À minha irmã, Fabiana.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida, pela vida daquelas que amo, pela minha saúde e pelas oportunidades e milagres que tem me dado.

À minha família: minha mãe, meu orgulho, Eva Sabino, pois o seu amor estava embutido em cada pequena atitude e cuidado que teve comigo; ao meu querido pai, Arimatéa, por sempre ter estimulado os meus estudos e estar comigo para tudo; à minha querida irmã Fabiana, meu grande exemplo de garra e perseverança. À tia Antonieta por ter estado ao lado de minha família em todos os momentos.

Agradeço infinitamente à Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno, por ter acreditado em mim desde o primeiro semestre, através do PET, por ter me ensinado no Projeto Saúde Materna, como orientadora de Iniciação Científica, como professora de Saúde Sexual e Reprodutiva, como orientadora desta monografia e por ser o meu maior exemplo de enfermeira.

Ao grande Prof. Igor Cordeiro, por ter idealizado o trabalho com o PESPC como projeto de pesquisa de Iniciação Científica, pela sábia co-orientação, pelos ensinamentos com SPSS, metodologia da pesquisa e toda a paciência que teve com meus passos iniciais na pesquisa.

A todos os excelentes professores do Departamento de Enfermagem -UFC, em especial às Profa. Ana Karina, Profa. Priscila Aquino, Profa. Régia, Profa. Camila Vasconcelos, Profa. Mônica, Profa. Tatiane Coelho, Profa. Kaelly Virgínia, Profa. Regina Dodt, Profa. Georgia Félix, Profa. Josefina, Profa. Francisca Neiva, Profa. Janaína, Profa. Sabrina, Profa. Liana, Profa. Viviane, Prof. Michell, Profa. Ângela e Prof. Marcos.

À Universidade Federal do Ceará, à *Illinois State University* e à Universidade Federal de Pernambuco, que contribuíram para minha graduação.

Ao CNPq, que financiou esta pesquisa.

A todos os membros do Projeto Enfermagem na Promoção da Saúde Materna.

Às queridas Sâmua Kelen, Nádia Rios, Maíra Batalha, Melissa Maciel, Brenda Kézia e Larissa Girão por terem contribuído enormemente com a coleta dessa pesquisa, meu mais sincero obrigada. A Sergio e à D. Lúcia Marinho. Aos amigos Caroline Ribeiro, Rafaela Tannuri, Arielle Ribeiro, Naiana Pacífico, Guadá Bezerra, Tatiane Moura, Mylena Pititinga, Paloma Monteiro, Marília Leite, Susi Oliveira, Luís Augusto, Cristiane, Sandra e aos eternos amigos do CNSG.

A todos aqueles que direta ou indiretamente estiveram ao meu lado me apoiando. Muito obrigada.

“Todos os nossos sonhos podem se realizar se
tivermos coragem para segui-los.”
(Walt Disney)

RESUMO

Os objetivos deste estudo foram de mensurar as expectativas e a satisfação de puérperas quanto à assistência pré-natal por meio do instrumento: *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) e correlacionar o perfil sociodemográfico e obstétrico das puérperas com o nível de expectativa e satisfação das mesmas. Trata-se de um estudo do tipo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado durante os anos de 2016 a 2018 com puérperas internadas no Alojamento Conjunto (AC) do Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC) e da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) que atenderam aos critérios de elegibilidade. O tamanho amostral foi calculado por meio da utilização da fórmula para populações finitas, definindo-se a participação de 300 puérperas. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa do HGCC e da MEAC via Plataforma Brasil, respeitando as normas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados foram analisados por meio do teste de Mann-Whitney. Verificou-se uma predominância de puérperas entre 18 e 34 anos (85%), com escolaridade superior a nove anos de estudos (67,3%), provenientes de Fortaleza (66,3%), com renda mensal inferior ao salário mínimo (50%), trabalho não remunerado (65%), casadas/união estável (81%), de raça não branca (86,7%) e religião católica (50%). A maioria das mulheres não possuía plano de saúde (89%), apresentou histórico de duas ou mais gestações (61,7%), demonstrou satisfação quanto aos cuidados de pré-natal anteriores (84,3%) e realizou sete ou mais consultas de pré-natal (64,3%). Além disso, foram encontradas relações estatisticamente significativas entre o domínio de expectativas e a realização de pré-natal em gestação anterior, quando aplicável; e entre o domínio de satisfação e a idade, a escolaridade, o número de gestações anteriores em que foi realizado pré-natal, a satisfação com pré-natal anterior (quando aplicável), a presença de recém-nascido pré-termo e a presença de restrição de crescimento intrauterino. Apesar das limitações da pesquisa, foi possível se identificar as variáveis associadas com as expectativas e a satisfação das mulheres sobre o de pré-natal, o que contribui para o planejamento de melhorias para a assistência de Enfermagem.

Palavras-chave: Saúde Materna. Cuidado Pré-Natal. Satisfação do Paciente.

ABSTRACT

The objectives of this study were to measure the expectations and the satisfaction of puerperal women regarding prenatal care through the instrument: Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care (PESPC) and to correlate the sociodemographic and obstetric profile of puerperal women with the level expectations and satisfaction. This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, carried out during the years 2016 to 2018 with women hospitalized in the Obstetric Center of Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC) and in Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) and that met the eligibility criteria. The sample size was calculated by the formula for finite populations, defining the participation of 300 women in this study. The project was submitted to the Research Ethics Committee of HGCC and MEAC through Plataforma Brasil, respecting the norms of Resolution 466/12 of the National Health Council. Data were analyzed using the Mann-Whitney test. There was a predominance of women between 18 and 34 years old (85%), with educational level higher than nine years (67.3%), from Fortaleza (66.3%), with a monthly income lower than the minimum wage (50%), unpaid work (65%), married / stable union (81%), non-white race (86.7%) and Catholic religion (50%). Most women did not have a health insurance (89%), had a history of two or more pregnancies (61.7%), showed satisfaction with previous prenatal care (84.3%) and had seven or more prenatal consultations (64.3%). In addition, statistically significant relationships were found between the expectation domain and prenatal in previous pregnancy, when applicable; and between the satisfaction domain and age, educational level, the number of previous pregnancies in which prenatal care was performed, previous prenatal satisfaction (when applicable), the presence of preterm newborns and the presence of intrauterine growth restriction. Despite the limitations of this research, it was possible to identify the variables associated with the expectations and the satisfaction of the women over the prenatal care, which contributes to the improvement of Nursing care.

Keywords: Maternal Health. Prenatal Care. Patient Satisfaction.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 — Distribuição das características sociodemográficas de puérperas internadas no HGCC e na MEAC no período de abr/16 a jan/18. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.	25
Tabela 2 — Distribuição das características obstétricas das puérperas internadas no HGCC e na MEAC no período de abr/16 a jan/18. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.	26
Tabela 3 — Distribuição do número de cirurgias cesáreas realizadas em puérperas no HGCC e na MEAC no período de abr/16 a jan/18. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.	28
Tabela 4 — Distribuição das características do pré-natal da última gestação das puérperas internadas no HGCC e na MEAC no período de abr/16 a jun/17. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.	29
Tabela 5 — Distribuição da expectativa quanto ao acompanhamento pré-natal da última gestação das puérperas internadas no HGCC e a MEAC no período de abr/16 a jun/17. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.	30
Tabela 6 — Distribuição da satisfação quanto ao acompanhamento pré-natal da última gestação das puérperas internadas no HGCC e na MEAC no período de abr/16 a jun/17. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.	31
Tabela 7 — Estatísticas descritivas da média dos resultados obtidos pela somatória de pontos do domínio expectativas e do domínio de satisfação do PESPC. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.	33
Tabela 8 — Correlação entre domínio de expectativas e domínio de satisfação entre as variáveis sociodemográficas pelo Teste de Mann-Whitney. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.	33
Tabela 9 — Correlação entre domínio de expectativas e domínio de satisfação entre as variáveis obstétricas pelo Teste de Mann-Whitney. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alojamento conjunto
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CPMI	Coordenação de Proteção Materno Infantil
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
HGCC	Hospital Geral Dr. César Cals
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PESPC	<i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i>
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
SMMF	Serviço de Medicina Materno-Fetal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1	Resgate histórico das políticas públicas de saúde da mulher e pré-natal	16
3.2	Satisfação e expectativas sobre o acompanhamento gestacional	18
3.3	Atuação do enfermeiro na assistência pré-natal	21
4	MÉTODO	24
4.1	Tipo de estudo	24
4.2	Período e local do estudo	24
4.3	Sujeitos da pesquisa e amostra	25
4.4	Coleta e análise dos dados	26
4.5	Aspectos éticos	27
5	RESULTADOS	28
6	DISCUSSÃO	39
6.1	Limitações	46
7	CONCLUSÃO	48
	REFERÊNCIAS	49
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DE PUÉRPERAS ...	56
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PÚBLICO-ALVO)	58
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PÚBLICO-ALVO)	60
	ANEXO A – VERSÃO PORTUGUÊS FINAL <i>PATIENT EXPECTATIONS AND</i> <i>SATISFACTION WITH PRENATAL CARE (PESPC)</i>	62
	ANEXO B - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO	67

1 INTRODUÇÃO

O acompanhamento pré-natal tem como objetivo primordial assegurar o desenvolvimento adequado da gestação, permitindo o parto de uma criança saudável sem que haja danos à saúde materna. Nesse contexto, o acompanhamento abrange aspectos psicossociais da gestação, bem como atividades educativas e preventivas, dentre outras abordagens (BRASIL, 2012c).

Tal atenção deve ser ofertada de maneira qualificada e humanizada, incorporando-se condutas acolhedoras; disponibilizando informações e orientações adequadas; facilitando o acesso aos serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido. A garantia de atendimento de qualidade e o estabelecimento de vínculo entre a mulher e o profissional são quesitos importantes para a humanização da assistência e favorecem a adesão e a permanência das gestantes no serviço de atenção ao pré-natal, ao sentirem-se acolhidas (ANVERSA et al., 2012).

O Ministério da Saúde do Brasil defende que o acompanhamento pré-natal deve ser organizado para atender às reais necessidades da população de gestantes a partir da incorporação de conhecimentos técnico-científicos e de recursos adequados e disponíveis nas unidades de saúde. Acredita-se que as ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando a continuidade no atendimento, o acompanhamento e a avaliação dessas ações sobre a saúde materna-perinatal (BRASIL, 2012c).

Como política pública que tem o intuito de assegurar a qualidade da assistência pré-natal em todo o âmbito nacional, a Rede Cegonha é uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados, assegurando à mulher o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada durante a gravidez, parto e puerpério e à criança o direito de um nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011a). Dessa forma, essa política visa a reorientar o modelo de atenção que tem sido implementada nas unidades de saúde, reforçando ações de empoderamento individual e um cuidado capacitado.

Assim, o pré-natal com qualidade destaca-se como instrumento de extrema importância quando se trata da redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal de modo que essa excelência no atendimento está atrelada à atuação competente e atualizada dos profissionais que realizam esse acompanhamento (DOMINGUES et al., 2012). O enfermeiro é

respaldado pela Lei do Exercício Profissional 7.498/86 para realização de pré-natal de baixo risco, fazendo-se imprescindível a sua atuação nesse período na atenção primária, dentro do contexto da Estratégia Saúde da Família, sendo esse profissional ainda responsável pelo acolhimento da gestante, o que envolve não apenas os cuidados de prescrição, avaliação física e evolução, mas também apoio emocional, suporte psicológico, promoção de saúde e prevenção de situações potencialmente agravantes na gestação, parto e puerpério. O enfermeiro atua, portanto, não apenas restrito às condições patológicas do corpo, mas como agente educador, que empodera a mulher sobre as transformações vivenciadas no ciclo gravídico-puerperal, que orienta sobre os direitos da gestante e sobre o melhor manejo desse período ímpar (SANTOS et al., 2016).

Nesse contexto, compreender a satisfação de gestantes em relação ao cuidado pré-natal recebido consiste em uma importante ferramenta para planejar e implementar novas estratégias de atenção, visando ao aperfeiçoamento do cuidado prestado, uma vez que a qualidade do cuidado pré-natal se reflete no desfecho da gravidez, do parto e na redução da morbimortalidade materna e neonatal. Tendo-se em vista as evidências científicas que enfatizam a importância do acompanhamento pré-natal na prevenção e na identificação de riscos maternos e fetais, a busca e a adesão das gestantes por tais serviços e para a continuidade do cuidado têm sido um desafio para os serviços de saúde.

A pesquisa nessa temática fundamenta-se no fato de haver poucos estudos com instrumentos validados nessa área, muitos deles possuindo falhas metodológicas. Além disso, é imprescindível que o instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) seja aplicado em amostras populacionais distintas, visto que ele já foi aplicado na região Sudeste, porém há poucos estudos com uso desse instrumento no Nordeste (PRUDÊNCIO et al., 2013). Por fim, evidências científicas mostram que puérperas menos satisfeitas tendem a ter menor adesão ao pré-natal e menor utilização dos serviços de saúde, com piores desfechos gestacionais (OMAR; SHIFFMAN; BIGHAM, 2001).

Assim despertou-se o interesse em desenvolver um estudo que fornecesse bases para a compreensão sobre a qualidade da atenção pré-natal sob a ótica da usuária. Diante desse interesse, salienta-se a relevância de estudos que tenham como objeto o conhecimento sobre a satisfação da gestante com o cuidado pré-natal, pois por meio da identificação das principais potencialidade e dificuldades elencadas pelas usuárias em saúde que utilizam o serviço pré-natal, pode-se planejar a reformulação da assistência, tendo como foco a opinião e os anseios das gestantes, assim como avalia o PESPC.

Assim, desperta-se o interesse em se pesquisar o cenário atual dos serviços públicos de saúde e as condições da assistência recebida por gestantes, lançando-se, então, o seguinte questionamento: qual o nível de expectativa e satisfação de puérperas, seja a gravidez de risco habitual ou de alto risco, acerca da assistência pré-natal oferecido pelo Sistema Único de Saúde, e existe relação entre esse nível e as variáveis sociodemográficas e obstétricas?

2 OBJETIVOS

- Mensurar a satisfação e as expectativas de puérperas quanto à assistência pré-natal por meio do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC).

- Correlacionar o perfil sociodemográfico e obstétrico das puérperas com o nível de expectativas e satisfação das mesmas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Resgate histórico das políticas públicas de saúde da mulher e pré-natal

A necessidade de políticas voltadas especificamente para a assistência à mulher foi iminente quando se começou a se elaborar a construção da saúde pública. Pensar em saúde da mulher é uma questão complexa, devido às mudanças fisiológicas que ela passa durante toda a sua vida, especialmente na gestação. Muitas enfermidades que acometem a população geram maiores prejuízos às mulheres, principalmente pelas condições fisiológicas inerentes ao corpo delas. Não menos importante, tem-se que a preocupação com o período gestacional impacta não apenas na saúde materna, mas na saúde da criança que está por vir, o que gera uma dimensão muito maior de cuidados. (OMS, 2009).

Assim, formularam-se, ao longo da história, políticas públicas relativas à saúde da mulher, principalmente com ênfase no ciclo gravídico-puerperal. Os primeiros passos começaram em 1953, com o desmembramento do Ministério da Saúde e da Educação para a formação do Ministério da Saúde (MS). Entretanto, até a década de 60, pouco se tinha estipulado no que diz respeito à assistência à saúde da mulher, além disso, ainda predominava a visão hospitalocêntrica, voltada apenas para o tratamento de patologias. A partir da década de 70, começaram a se dar os primeiros passos na caminhada nesse contexto.

Em 1970, formulou-se a Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI), cujo o escopo era de coordenar as atividades de proteção à saúde da criança e da mulher. Entre 1974 e 1975, criou-se o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, sendo sua atenção voltada para a assistência materna, à criança e ao adolescente. Em 1976, a CPMI passa a se chamar Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil, ainda com atenção voltada para a saúde materna, da criança e do adolescente (BRASIL, 2011b).

No início da década de 80, o MS criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), posteriormente substituído pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), sendo essa a primeira política pública mais específica para a atenção à saúde da mulher, de forma mais holística e desvinculada à saúde da criança. Assim, no PAISM, foi possível a abordagem de ações relacionadas a assistência ao pré-natal, parto e puerpério, ginecologia, prevenção de câncer de colo do útero, promoção ao parto vaginal e redução da mortalidade materna (BRASIL, 2011b).

Ainda no PAISM, trabalhou-se com a redução da morbimortalidade materna por causas preveníveis, priorizando-se a assistência pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério. Esse programa caracterizou-se pelo início paralelo à formação do Sistema Único de Saúde, tendo portanto sofrido influências do Movimento Sanitário, abrangendo os ideais de integralização, hierarquização e descentralização, com a municipalização dos serviços. Mesmo com o intuito de se focar na prevenção, ainda houve como ponto principal do programa a resolução de problemas obstétricos quando já instalados.

Em 2000, criou-se o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), com vistas à redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal, à melhoria da qualidade e do acesso ao pré-natal, parto e puerpério, tornando o atendimento mais humanizado e estimulado à ampliação dos investimentos já realizados pelo MS em atenção à saúde da gestante e neonatal (DATASUS, 2017).

Em 2004, o MS criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM). A mudança de nomenclatura de “programa” para “política” representou que as ações instituídas não mais seriam pensadas de forma estática, passam então a serem planejadas de forma flexível, particularizada, enfatizando e se moldando às características sociodemográficas da mulher. Com o PNAISM, passa-se a ter um foco mais aprofundado na redução de agravos por causas preveníveis e ênfase na atenção ao abortamento inseguro e violência contra a mulher (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi lançada em 2006 pela Portaria nº 648 e posteriormente revogada pela Portaria nº 2.488 do MS em 2011 (BRASIL, 2011c). Após sua revogação, organizou-se então a Atenção Básica, bem como a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). As políticas de atenção à saúde da mulher tiveram foco, na Portaria de 2006, em prevenção de câncer de colo do útero e proporção de nascidos com mulheres que tiveram quatro ou mais consultas de pré-natal. Na Portaria de 2011, a saúde materna e da mulher encaixa-se nas políticas de atenção básica e na ESF. Em setembro de 2017, o MS publicou a Portaria nº 2.436, que revisa as diretrizes do PNAB e cujas mudanças principais foram no âmbito de gestão e infraestrutura. (BRASIL, 2006, 2017)

Em 2011, o MS institui a Rede Cegonha por meio da Portaria nº 1.459, uma estratégia para melhorar a qualidade de assistência à saúde da mulher, com o objetivo de se elaborar uma nova política de saúde da mulher e da criança, com o acompanhamento de zero aos 24 meses de idade, redução da mortalidade materna e neonatal. Os quatro componentes da

Rede Cegonha são o pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; e sistema logístico: transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011a).

No componente pré-natal da Rede Cegonha, tem-se, dentre outras ações, a realização do acompanhamento pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), se risco habitual; realização de classificação de risco; realização de exames necessários bem como o recebimento em tempo oportuno; estabelecimento de vínculo da gestante com a unidade de saúde na qual o parto está programado para ser realizado; apoio a programas de prevenção de DST/HIV/Aids e hepatites; bem como o suporte à mulher no deslocamento às consultas de pré-natal e local de parto.

A Rede Cegonha insere ainda no âmbito do pré-natal o Caderno de Atenção Básica nº 32 – Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco como uma ferramenta que uniformiza e melhora a qualidade do serviço prestado, abordando o acompanhamento à gravidez de risco habitual, situações especiais e intercorrência da gestação, além dos períodos de parto e puerpério (BRASIL, 2012b). É imprescindível ainda para a formação dessa rede de saúde a avaliação dos índices de morbimortalidade materna e infantil, como incidência de sífilis congênita, taxa de óbitos neonatais e pós-natais, nascidos vivos quanto à idade da mãe e à idade gestacional, porcentagem de óbitos infantis e fetais apurados e a taxa de óbitos por causas presumíveis e investigadas em mulheres em idade fértil (UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS, 2015)

Com base nas políticas públicas criadas, torna-se imprescindível a avaliação dessas medidas, no sentido de saber se as expectativas das usuárias desses serviços de saúde são correspondidas e se eles satisfazem as mulheres.

3.2 Satisfação e expectativas sobre o acompanhamento gestacional

Com o objetivo de se identificarem os apontamentos das evidências científicas nos últimos anos sobre as expectativas e a satisfação das mulheres com relação ao pré-natal, alguns estudos nacionais e internacionais foram analisados, e seus principais frutos foram correlacionadas à presente pesquisa. Vários instrumentos foram criados e validados, com o intuito de serem uma ferramenta de avaliação dessas questões, um deles é o *Patient Expectation and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC), que é frequentemente correlacionado às variáveis sociodemográficas e obstétricas das mulheres.

O conceito de expectativas da mulher, segundo os criadores do instrumento PESPC, está intrinsecamente relacionado à satisfação, isto é, o nível de satisfação vai variar de

acordo com o nível de suas expectativas, e isso sofrerá influências de aspectos culturais e sociodemográficos. Os pesquisadores ainda discutem que não necessariamente os tópicos analisados de expectativa devem ter correspondentes análogos no quesito satisfação, pois são interpretados de forma global. Ainda segundo esse mesmo estudo, quanto mais altas as expectativas, maiores as chances de se atingir a satisfação, e o inverso é verdadeiro (OMAR; SHIFFMAN; BINGHAM, 2001)

Os pesquisadores que validaram o instrumento PESPC no Brasil, analisaram em seu estudo que a aplicação de um instrumento validado nacionalmente com alto nível de confiabilidade confere aporte científico para se identificarem as possíveis problemáticas encontradas e, assim, se planejar as intervenções necessárias para se oferecerem melhores condições de cuidados de pré-natal. Esse estudo evidenciou que existe forte relação entre as expectativas e as variáveis de paridade, nível de escolaridade e situação profissional e que, como o Brasil é um país que apresenta grande diversidade, mais estudos se fazem necessários para se testar a validade do instrumento em diferentes contextos (PRUDÊNCIO et al., 2013),

Segundo estudo conduzido com gestantes em Nova Iorque, existe uma correlação entre a proporção de cuidado de pré-natal em grupo recebido com o nível de satisfação dessas pacientes. Nesse estudo, gestantes participantes de grupos de pré-natal foram comparadas a gestantes que realizaram o seu pré-natal em consultas totalmente individuais, e o resultado obtido foi que a maioria das mulheres que realizaram pelo menos metade das consultas em formato de grupo demonstraram maior satisfação se comparadas às mulheres que estavam apenas com os cuidados individuais. Com isso, as evidências mostram que uma abordagem mista com assistência individualizada, aliada à assistência em grupo, tem um impacto positivo sob o nível de satisfação com a assistência de pré-natal. Um outro estudo realizado nos Estados Unidos corrobora com a presente evidência, demonstrando que o pré-natal realizado em grupo gera muito mais satisfação que o modelo tradicional, além de haver melhor desfecho com relação à revisão pós-parto (CUNNINGHAM et al., 2017; TANDON et al., 2013).

Existem ainda evidências científicas com relação ao nível de satisfação e os aspectos demográficos, assim como demonstraram Johnson et al. (2012), com relação à etnia e à raça. A avaliação da satisfação quanto aos serviços de saúde prestados objetivou a possível realização de intervenções, como a maior abordagem as questões culturais nas instituições de ensino de saúde. Nessa pesquisa, concluiu-se que mulheres de origem hispânica tinham maiores chances de se mostrarem insatisfeitas do que mulheres negras e caucasianas, não apenas devido

a questões linguísticas, uma vez que houve acesso há interpretes e outros tipos de sistema de apoio, mas também a problemas mais complexos que merecem estudos posteriores.

Em pesquisa realizada sobre a qualidade do pré-natal foi demonstrado que existe diferença entre a qualidade do serviço prestado de pré-natal e a satisfação da gestante, e que não necessariamente as duas se equiparam. A qualidade da assistência de pré-natal refere-se ao julgamento de diversas características específicas do atendimento, dos fatores estruturais e dos profissionais; já a satisfação diz-se da percepção ou resposta emocional da mulher com relação às suas experiências e possui elementos relativos à qualidade do cuidado e ao processo de cuidado ao mesmo tempo. Dito isso, tem-se que o nível de satisfação é passivo de variações as quais sofrerão influências não apenas das condições dos serviços oferecidos, mas também das vivências e da bagagem sentimental da gestante. É mencionado ainda nesse estudo que o nível de satisfação com o pré-natal tende a ser mais alto quando medido logo após o parto (HEAMAN et al., 2014).

Os pesquisadores que validaram a versão brasileira do instrumento ressaltaram ainda que é indispensável que se leve em consideração o entendimento das mulheres que respondem ao instrumento para que se tenha uma avaliação mais fidedigna. Assim, o nível de escolaridade, bem como as eventuais limitações sensoriais das participantes, consistem em fatores que influenciam a resposta das mulheres entrevistadas. Além desses, fatores socioeconômicos também podem influenciar não apenas na satisfação, mas nas expectativas, pois, uma vez que se contrata um serviço particular, as expectativas podem aumentar, levando a um aumento da chance de a paciente mostrar-se insatisfeita. Esse estudo mostrou ainda como foi imprescindível a adaptação de diversos termos ou palavras do PESPC por sugestão das próprias gestantes, a fim de se obter o máximo de compreensão das participantes (PRUDÊNCIO et al., 2013).

Em estudo com relação à expectativa de gestantes sobre os profissionais de saúde obteve-se que as mulheres dão relevância para o fato de compreenderem o que está se passando com a saúde delas no momento da assistência, e que necessitam de um cuidado particularizado, de atenção, respeito e compreensão. Os provedores dos serviços de saúde no período gestacional devem conquistar a confiança da paciente, principalmente respeitando a cultura da mulher e tentando ao máximo estabelecer metas em comum acordo em prol da saúde materno infantil (BAXLEY; IBITAYO, 2015)

Observou-se em uma pesquisa brasileira que as gestantes têm a necessidade de receberem informações específicas, como as mudanças provocadas pela gestação no

organismo. Nesse mesmo estudo, foi constatado que as mulheres têm baixo conhecimento sobre os processos que ocorrem na gestação, tampouco demonstraram-se seguras para cuidar do recém-nascido. As participantes demonstraram ainda o desejo de aprender informações concernentes ao período gestacional, devendo essas informações serem adequadas para o perfil sociodemográfico de cada paciente, para que se atinjam os objetivos esperados. A satisfação das mulheres com relação ao pré-natal impacta na adesão delas às consultas, sendo imprescindível para a diminuição das complicações perinatais. Nesse estudo, os grupos de gestantes são demonstrados como uma ótima ferramenta para a melhoria da satisfação das mulheres com o cuidado de pré-natal (CARDELLI et al., 2016).

Posteriormente, os pesquisadores que validaram o PESPC realizaram um outro estudo qualitativo acerca da satisfação e expectativas de gestantes e concluiu que, na percepção de mulheres primíparas, o nível de satisfação com o pré-natal revela características sociais da mulher que muitas vezes não são priorizadas pelos enfermeiros. Assim, os autores sugerem a criação de novos modelos de assistência em atenção primária no pré-natal que possam possibilitar à mulher melhor infraestrutura e melhores recursos humanos. As expectativas das mulheres deveriam ser atendidas nas atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde, de forma que as dúvidas das paciente fossem sanadas e que fossem fornecidas as informações necessárias para cada uma dessas mulheres (PRUDÊNCIO et al., 2017).

Nesse sentido, as evidências científicas revelam a importância dos profissionais de saúde, principalmente do enfermeiro na Atenção Primária, no sentido de ser um agente capaz de prestar uma assistência pré-natal de qualidade que não apenas atenda às expectativas das mulheres, mas que esteja em consonância com as políticas públicas vigentes e respeite as características e particularidades sociodemográficas da usuária dos serviços.

3.3 Atuação do Enfermeiro na Assistência Pré-natal

A assistência de pré-natal na Atenção Primária é ofertado por meio de consultas que podem ser realizadas tanto pelo enfermeiro como pelo médico. O enfermeiro é responsável pelos cuidados à gestação de risco habitual, competindo a ele a consulta de enfermagem, dentro da ESF, na qual estão inseridas atividades, como solicitação de exames de rotina, prescrição de suplementação de ferro e ácido fólico, exame físico e prescrição de eventuais medicações estabelecidas pelas instituições de saúde e pela Lei do Exercício Profissional 7.498/86. (RIBEIRO et al., 2016; BRASIL, 1986).

Além disso, o enfermeiro tem papel fundamental com relação à atuação na promoção da saúde das mulheres durante o pré-natal, visto que ele desempenha papéis de prevenção de doenças, bem como de orientação e acompanhamento dessas mulheres, favorecendo o parto normal quando indicado e desmistificando várias assuntos nesse cenário de saúde. Ainda como funções atreladas ao exercício profissional do enfermeiro, tem-se a orientação com relação aos direitos e deveres da gestante e puérpera, principalmente no que diz respeito ao acesso ao pré-natal de qualidade, com no mínimo 7 consultas de pré-natal segundo a Rede Cegonha, conforme as necessidades de sua gestação, seja ela de risco habitual ou alto risco, bem como o direito ao pré-natal do parceiro, em que se estimula a vinda do parceiro às consultas para que sejam sanadas dúvidas e sejam realizadas orientações pertinentes. Trabalha-se ainda, no contexto da ESF, a educação em saúde, aliada a ferramentas, como as tecnologias educativas em saúde, que sensibilizam as pacientes a compreenderem os processos fisiológicos do corpo, além de estimularem a prevenção e a promoção de saúde (MARANHA; SILVA; BRITO, 2017).

Cabe ao enfermeiro o acolhimento da gestante na primeira consulta de pré-natal, sendo ele responsável pela identificação de riscos e classificação do tipo de pré-natal que deverá ser oferecido. Na primeira consulta, esse profissional realiza os exames sorológicos de triagem, sendo ele responsável pela informações dos resultados do teste rápido, bem como orientação adequada sobre significados dos testes, repetição quando necessário, encaminhamentos no caso de testes positivos e informações sobre as opções disponíveis de tratamentos, manejo na gestação e eventuais riscos para o feto ou RN.

Segundo o Caderno 32 do Ministério da Saúde, são atribuições legais e específicas do enfermeiro: orientações sobre a importância do pré-natal, sobre a manutenção da amamentação e sobre o calendário vacinal atualizado, cadastramento da gestante no SisPreNatal (Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança), realização da consulta de pré-natal de baixo risco, solicitação de exames complementares, realização de testes rápidos, prescrição de medicamentos autorizados pelo programa de pré-natal, identificação de riscos e encaminhamentos pertinentes, realização de exame clínico das mamas e coleta de citopatológico, desenvolvimento de atividades educativas, orientação quanto fatores de risco e realização de visitas domiciliares. A Essas atribuições, deve-se sempre relacionar o cuidado humanizado, particularizado, respeitando os princípios éticos e legais.

As gestantes entendem que a educação em saúde realizada no pré-natal compreende um momento para o aprendizado de suma importância para orientações e estímulo ao parto

natural quando não há contraindicações. Estudos revelaram que a presença do enfermeiro trabalhando com ações de promoção e educação em saúde ajuda a repensar a gestação como um período de felicidade, em que se vivenciam as “dores” do parto da forma mais positiva possível, por meio do conhecimento dos processos fisiológicos que são únicos em cada mulher e em cada parto, bem como pelo fortalecimento emocional da mulher (DIAS et al., 2015)

Além disso, o enfermeiro é imprescindível na promoção do parto vaginal, sendo o pré-natal um momento ímpar para encorajar a paciente, orientado sobre os benefícios desse tipo de parto, como menores riscos de complicações e recuperação mais rápida, quando não há real indicação de cirurgia cesárea. (RIBEIRO et al., 2016)

Desta maneira, é nítida a importância desse profissional na assistência ao pré-natal na Atenção Primária, uma vez que eles desempenham atividades que irão interferir na satisfação das usuárias durante e após as consultas de pré-natal, bem como em todo o seu atendimento pré parto, parto e pós parto. Os enfermeiros são agentes educadores que atuam na preparação das mulheres, para que elas estejam preparadas a lidar com dores e mudanças inerentes ao período gestacional, entendendo os mecanismos fisiológicos do corpo, bem como sendo estimuladas a convidarem os parceiros para as consultas de pré-natal, de modo que se tenha um cuidado holístico e particularizado.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. O estudo descritivo possibilita traçar o perfil de uma determinada população com o intuito de se aprimorarem ações de promoção da saúde, elevando-se o nível da assistência à saúde e prevenção de doenças. Os delineamentos transversais envolvem a coleta de dados em um ponto do tempo (POLIT; BECK, 2011). A abordagem quantitativa consiste em uma série lógica de passos e nela se analisam os dados obtidos por meio de números (HULLEY, 2015).

4.2 Período e local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em unidades de nível terciário durante o período de abril 2016 a janeiro de 2018 no Alojamento Conjunto (AC) do Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC) e no AC da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), pertencente ao Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC), ambos os hospitais localizados no município de Fortaleza, Ceará, sendo referências para todo o estado em termos de alta e média complexidade.

O HGCC é um hospital de nível terciário, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, que contempla várias áreas de saúde, como as Unidade de Atenção à Saúde da Mulher, Unidade Materno-Infantil (Neonatologia), Casa da Gestante, Método Canguru, Banco de Leite Humano, dentre outras áreas fora do contexto de saúde da mulher e materno-infantil. O hospital é referência no estado do Ceará e abrange as áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia. Nele são realizados cerca de 400 partos/mês, 5000 consultas ambulatoriais, 350 cirurgias, 1000 internações e quase 20000 exames (CEARÁ, 2014).

A MEAC, atualmente, conta com uma capacidade instalada de 209 leitos, sendo 85 leitos da Clínica Obstétrica, possuindo cerca de 450 partos e 1.000 internações mensais e realizando acompanhamento de pré-natal de alto risco. A maternidade foi escolhida em 2013 para ser Centro de Apoio às Boas Práticas na atenção obstétrica e neonatal da Rede Cegonha, além de ser apoiadora do Ministério da Saúde (MS), realizando mais de 1000 partos/ano. O Serviço de Medicina Materno-Fetal (SMMF) é responsável por prestar o atendimento diário de

pré-natal de alto risco. No ano de 2017, foram realizadas 7.138 consultas obstétricas, com 593 dessas evoluindo para internamento (ROGES, 2016).

Ambas as maternidades acima citadas são polos de ensino possuindo residências médicas e de Enfermagem Obstétrica, bem como recebem grande demanda de gestantes de alto risco, pois são polos de alta complexidade.

4.3 Sujeitos da pesquisa e amostra

A população do estudo foi composta por puérperas internadas no AC do HGCC e no AC da MEAC, durante o período do estudo. Como a proposta do trabalho consistiu em avaliar a opinião de puérperas quanto ao pré-natal, evidenciou-se a necessidade de participação consistente em consultas pré-natal para que a usuária em saúde possa inferir opiniões quanto às expectativas e a satisfação com o pré-natal. Sendo assim, foi utilizada a preconização do Ministério da Saúde Brasileiro que, desde 2011, com a Estratégia Rede Cegonha, passou a recomendar a realização de no mínimo sete consultas para uma gestação a termo (BRASIL, 2011a). Assim, foi estabelecido que uma participação de consultas pré-natal em um quantitativo superior a 50% do recomendado, totalizando um mínimo de 4 consultas de pré-natal, permite a avaliação da opinião de puérperas quanto à satisfação e expectativas em relação à assistência prestada durante a gestação.

Os critérios de inclusão foram: estar internada no AC da MEAC ou do HGCC durante a realização da pesquisa, ter realizado ao menos quatro consultas de pré-natal, estar com a caderneta da gestante disponível para análise ou fotocópia da caderneta anexada em prontuário e estar com 18 anos ou mais de idade.

Os critérios de exclusão foram: apresentar estado de saúde mental comprometido de modo a inviabilizar a resposta consciente e adequada dos instrumentos dessa pesquisa e possuir comprometimento em relação ao nível de instrução que inviabilize a análise dos questionamentos realizados por meio dos instrumentos e a indicação de respostas reais/fidedignas.

A amostra probabilística foi representativa para o local do estudo, a qual foi determinada com base na fórmula a seguir, para cálculo de populações finitas, adotando-se coeficiente de confiança de 95%, prevalência de 50% e erro amostral máximo permitido de 5%:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Onde: n = Tamanho da amostra; Z^2 = Coeficiente de confiança; p = Percentual com o qual o fenômeno se verifica; q = Percentual complementar; N = Tamanho da população e e^2 = Erro máximo permitido.

A população foi estimada a partir do número de puérperas atendidas rotineiramente nas instituições, sendo uma média de 500 partos/mês. Dessa forma, o cálculo da amostra resultou em 218 puérperas, tendo os pesquisadores concordado em expandir o número para 300 puérperas, de forma a aumentar a confiabilidade dos resultados. No primeiro momento iniciou-se a coleta no HGCC no ano de 2016, perfazendo um total de 75 puérperas entrevistadas e, a partir de 2017, a coleta foi transferida para a MEAC onde se completou o n de 300 puérperas entrevistadas. A transferência foi realizada por conveniência dos pesquisadores, visto que a população dos hospitais, ambos da rede pública e de nível terciário, apresentam perfil semelhante.

4.4 Coleta e análise dos dados

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de dois instrumentos estruturado, apresentados a seguir: 1. Formulário de identificação, caracterização sociodemográfica e obstétrica (APÊNDICE A); 2. Formulário *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) (ANEXO A). O Instrumento PESPC possui 41 itens distribuídos em dois domínios: Expectativa e Satisfação. A versão final e original do instrumento PESPC foi desenvolvida por Mildred A. Omar, Rachel F. Schiffman e C. Raymond Bingham nos Estados Unidos da América, com o objetivo de mensurar a expectativa do paciente e a satisfação com o cuidado pré-natal (OMAR; SCHIFFMAN; BINGHAM, 2001). 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 a somatória dos pontos das respostas, variando de 12-72, e para a Satisfação a somatória irá variar de 29-174, onde os menores valores representam alta expectativa e satisfação com o cuidado pré-natal recebido e os maiores valores correspondem a baixas expectativas e satisfação. A confiabilidade

demonstrou valores adequados para consistência interna para os domínios da versão adaptada do PESPC (Expectativa $\alpha = 0,70$; Satisfação $\alpha = 0,80$). Portanto, a versão adaptada para o português do PESPC mostrou-se válida e confiável (PRUDÊNCIO, 2013). Sendo assim, estabeleceu-se contato com a pesquisadora que realizou o processo de tradução, adaptação e validação do instrumento mencionado, obtendo-se o consentimento para utilização do mesmo nesse estudo (ANEXO B).

Após a obtenção dos dados, os mesmos foram tabulados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS-IBM) versão 22, e os dados descritivos foram apresentados por meio de tabelas com frequências absoluta e relativa. Foi realizada avaliação da normalidade da amostra com o intuito de se identificar o teste estatístico mais pertinente de acordo com os dados adquiridos. Escolheu-se, dentre os testes não paramétricos, o de Mann-Whitney para comparar a relação entre o grupo de variáveis sociodemográficas e obstétricas e o grupo de expectativas e satisfação segundo respostas do PESPC.

4.5 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da MEAC via Plataforma Brasil sob parecer nº 1.991.235, e foi emitido termo de anuência de ambas as instituições, HGCC e MEAC. Garantiu-se o sigilo sobre todas as informações coletadas e assegurou-se o anonimato dos participantes, segundo as normas da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012a).

As informações foram coletadas por meio de entrevista às puérperas, bem como foram resgatados dados da caderneta da gestante e dos prontuários das participantes. Para a coleta das informações, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B e APÊNDICE C) pela puérpera.

Foram respeitados todos os princípios conceituais da bioética, da manutenção da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça de todos os sujeitos que participarem dessa pesquisa.

5 RESULTADOS

Inicialmente, apresentam-se os dados descritivos relacionados à caracterização sociodemográfica das puérperas envolvidas nesse estudo, conforme tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas de puérperas internadas no HGCC e na MEAC no período de abr/16 a jan/18. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.

Variáveis sociodemográficas	N	%	Média	(±DP)
Faixa Etária				
18 a 34	255	85		
≥ 35	45	15	26,46	(±6,55)
Escolaridade				
≤ 9 anos	98	32,7		
> 9 anos	202	67,3	10,65	(±3,28)
Procedência				
Capital	199	66,3		
Interior	101	33,7		
Renda Familiar				
≤ SM*	150	50,0		
> SM*	142	47,3	1246,52	(±727,33)
Ignorado	8	2,7		
Ocupação				
Não Remunerado	195	65,0		
Remunerado	101	33,7		
Ignorado	4	1,3		
Estado Civil				
Casada/União Estável	243	81,0		
Solteira	57	19,0		
Raça				
Branca	38	12,7		
Não Branca	260	86,7		
Ignorado	2	0,7		
Religião				
Católica	150	50,0		
Não Católica	147	49,0		
Ignorado	3	1,0		
Total	300	100,0		

Fonte: dados da pesquisa.

Nota: *SM: Salário mínimo. Valor do Salário Mínimo brasileiro no ano de ocorrência da coleta de dados dessa pesquisa (SM 2016: R\$880,00 / SM 2017: R\$ 937,00)

Verificou-se uma predominância de puérperas com faixa etária entre 18 a 34 anos (n=255; 85%), com escolaridade superior a nove anos de estudo (n=202; 67,3%), sendo

procedentes da capital do estado do Ceará (n=199; 66,3%) e possuindo renda mensal igual ou inferior a R\$ 937,00 reais (n=150; 50%). A maioria das puérperas desenvolviam trabalhos não remunerados (n=195; 65%), com estado civil categorizado como casada/união estável (n=243; 81%), sendo consideradas de raça não branca (n=60; 86,7%) e religião católica (n=150; 50%).

Para avaliar as características obstétricas das puérperas envolvidas nesse estudo, foram questionados os seguintes aspectos, de acordo com a tabela 2: se as puérperas possuíam plano de saúde; se realizou pré-natal em plano de saúde; número de gestações, partos e abortos; se realizou consultas de pré-natal em gestações anteriores e qual foi a sua satisfação quanto a esse acompanhamento; se o recém-nascido apresentou restrição do crescimento, nasceu pré-termo e/ou apresentou alguma má formação congênita; ocorrência de morte perinatal progressiva.

Apresentam-se então os dados das características obstétricas, conforme descrito na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das características obstétricas das puérperas internadas no HGCC e na MEAC no período de abr/16 a jan/18. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.

(continua)

Variáveis obstétricas	N	%
Possui Plano de Saúde		
Sim	32	10,7
Não	267	89,0
Ignorado	1	0,3
Realizou PN em Plano de Saúde		
Sim	20	6,7
Não	280	93,3
Número de Gestações		
1	114	38,0
≥2	185	61,7
Ignorado	1	0,3
Número de Partos		
1	123	41,0
≥2	176	58,7
Ignorado	1	0,3
Número de Abortos		
0	244	81,3
≥1	54	18,0
Ignorado	2	0,7
Consulta de PN em Gestações Anteriores*		
Sim	179	96,76
Não	6	3,24
Não se aplica (mulheres que tiveram apenas 1 gestação)	115	-

Tabela 2 – Distribuição das características obstétricas das puérperas internadas no HGCC e na MEAC no período de abr/16 a jan/18. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.

(conclusão)		
Variáveis obstétricas	N	%
Satisfação com PN Anterior*		
Sim	156	84,3
Não	25	13,5
Ignorado	4	2,2
Não se aplica (mulheres que tiveram apenas 1 gestação)	115	-
RN com restrição de crescimento		
Sim	30	10,0
Não	268	89,3
Ignorado	2	0,7
RN pré-termo		
Sim	87	29,0
Não	211	70,3
Ignorado	2	0,7
RN com má formação congênita		
Sim	10	3,3
Não	289	96,3
Ignorado	1	0,3
Morte Perinatal		
Sim	19	6,3
Não	280	93,3
Ignorado	1	0,3
Total	300	100

Fonte: dados da pesquisa.

Nota: *Foram incluídas apenas as puérperas que tiveram duas gestações ou mais

Houve uma prevalência de puérperas que não possuíam plano de saúde (n=267; 89%) e que, portanto, não realizaram pré-natal em consultas vinculadas a saúde suplementar (n=280; 93,3%), sendo evidenciado que 13 mulheres, mesmo possuindo plano de saúde, preferiram realizar seu acompanhamento pré-natal no serviço público vinculado ao sistema único de saúde, sendo relatado ainda por algumas, a não possibilidade de iniciar o pré-natal na rede privada devido ao cumprimento do prazo da carência do contrato com a empresa de plano de saúde.

A maioria das puérperas envolvidas nessa pesquisa possuía histórico de duas gestações ou mais (n=185; 61,7%), bem como a ocorrência de dois partos ou mais (n=176; 58,7%). Embora tenha sido identificada uma predominância de puérperas que não possuíam história prévia de aborto, evidenciou-se um quantitativo considerável de mulheres que

vivenciaram pelo menos um caso desse agravo (n=54; 18%). Das participantes que indicaram a ocorrência de duas gestações ou mais, identificou-se que as mesmas mencionaram, em sua maioria, a realização de consultas de pré-natal nas gestações anteriores (n=179; 96,76%) e demonstraram satisfação quanto ao acompanhamento pré-natal realizado previamente (n=156; 84,3%).

Quanto à avaliação dos recém-nascidos das puérperas investigadas, verificou-se que 10% (n=30) apresentaram restrição do crescimento, um quantitativo de 29% (n=87) foram classificadas como pré-termo e 3,3% (n=10) possuíam alguma má formação congênita. Além disso, identificou-se a ocorrência de morte perinatal em 6,3% (n=19) das puérperas envolvidas nesse estudo.

Um aspecto válido a se ressaltar é a frequência do número de cirurgias cesáreas ente as mulheres estudadas. Cerca de 6,% das pacientes tiveram no mínimo 1 cesárea na vida, enquanto que apenas 33,3% das mulheres tiveram apenas partos vaginais, como mostra a tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição do número de cirurgias cesáreas realizadas em puérperas no HGCC e na MEAC no período de abr/16 a jan/18. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.

Número de cirurgias cesáreas		
Número de cesáreas por mulher	Número de mulheres	%
0	100	33,3
1	118	39,3
2	56	18,7
3	25	8,3
4	1	0,3
Total:	300	100

Fonte: dados da pesquisa.

Outras variáveis que foram avaliadas nesse estudo, consistem em características do pré-natal da última gestação das puérperas entrevistadas. Dentre os aspectos investigados estão os seguintes: números de consultas pré-natal investigadas; idade gestacional de início do pré-natal; peso antes e ao final da gestação; pressão arterial diastólica e sistólica da primeira e última consulta de pré-natal; altura uterina da última consulta, conforme apresentado na tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição das características do pré-natal da última gestação das puérperas internadas no HGCC e na MEAC no período de abr/16 a jun/17. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.

Variáveis do pré-natal da última gestação	N	%
Número de consultas pré-natal		
Até 6	107	35,7%
≥ 7	193	64,3%
IG da primeira consulta de PN		
≤ 12 semanas	176	58,7
> 12 semanas	120	40,0
Ignorado	4	1,3
Total	300	100,0

Variáveis	Média	(±DP)
Peso Anterior a Gestação	65,53	(±14,39)
Peso ao Final da Gestação	74,68	(±14,28)
PA sistólica da primeira consulta	111,47	(±13,84)
PA sistólica da última consulta	115,65	(±16,11)
PA diastólica da primeira consulta	71,32	(±11,27)
PA diastólica da última consulta	74,29	(±11,82)
AU da última consulta	33,74	(±4,64)

Fonte: dados da pesquisa.

Identificou-se que a maioria das puérperas realizou sete ou mais consultas (n=193; 64,3%), conforme preconizado pelo Ministério da Saúde brasileiro. Além disso, houve uma predominância de puérperas que iniciaram o pré-natal em tempo oportuno, igual ou inferior a 12^a semana gestacional, correspondendo a 58,7% (n=176) dos casos.

Quanto ao peso das puérperas, verificou-se uma média de 65,53 kg (DP=±14,39) antes da gestação e 74,68kg (DP=±14,28) ao final da gestação. No que tange à pressão arterial sistólica, notou-se uma média de 111,47 mmHg (DP=±13,84) na primeira consulta de pré-natal, enquanto que se evidenciou uma média de 115,65 mmHg (DP=±16,11) na última consulta. Já a pressão arterial diastólica, observou-se uma média de 71,32 mmHg (DP=±11,27) na primeira consulta de pré-natal e 74,29 mmHg (DP=±11,82) na última consulta. Em relação a altura uterina na última consulta, identificou-se uma média de 33,74 cm (DP=±4,64).

Sabe-se que a assistência pré-natal, desde que realizados os procedimentos e ações preconizadas pelos órgãos internacionais e nacionais de saúde, representam ações que favorecem a avaliação e acompanhamento das mulheres e do concepto, consistindo em um momento oportuno para promoção da saúde do binômio mãe-filho. Para tanto, faz-se necessário

avaliar a expectativa e satisfação que essas mulheres possuem quanto às ações e serviços que são disponibilizados pelos profissionais de saúde e sistema de saúde durante o pré-natal.

Dessa forma, a tabela 5 apresenta a expectativa de puérperas incluída nesse estudo quanto ao acompanhamento pré-natal, utilizando o instrumento Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care (PESPC), versão brasileira, que consiste em uma escala do tipo likert, com opções de resposta que variam de 1 “concordo totalmente” a 6 “discordo totalmente”, em que os menores valores representam alta expectativa e satisfação com o cuidado pré-natal recebido. Avaliou-se a expectativa das puérperas quanto ao pré-natal a partir de quatro parâmetros gerais: cuidado integral; seguimento com o mesmo profissional; cuidado personalizado e outros serviços.

Tabela 5 – Distribuição da expectativa quanto ao acompanhamento pré-natal da última gestação das puérperas internadas no HGCC e a MEAC no período de abr/16 a jun/17. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.

Variáveis	Média	(±DP)
<u>Cuidado Integral:</u>		
1. Ter realizado minha primeira consulta de pré-natal mais cedo.	2,71	(±1,81)
2. Que minhas consultas de pré-natal durassem um tempo maior.	3,18	(±1,88)
3. Mais das minhas consultas de pré-natal do que somente ser pesada e terem ouvido o coração do meu bebê.	2,69	(±1,82)
4. Receber informações durante as consultas sem ter que fazer muitas perguntas.	2,34	(±1,64)
<u>Seguimento com o mesmo profissional:</u>		
5. Ter um mesmo profissional para todas as minhas consultas de pré- natal.	2,07	(±1,50)
6. Que o profissional que faz o meu pré-natal fizesse o meu parto.	3,15	(±1,99)
<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.	1,93	(±1,36)
8. Que o profissional que me atende fosse cuidadoso durante o exame físico.	1,73	(±1,09)
9. Que alguém ouvisse os meus problemas.	2,74	(±1,78)
10. Um encaminhamento quando eu falasse ao profissional/equipe sobre um problema.	1,78	(±1,19)
<u>Outros Serviços:</u>		
11. Que um assistente social forneça parte do meu cuidado pré-natal.	2,58	(±1,76)
12. Que o serviço de uma nutricionista fizesse parte do pré- natal.	1,95	(±1,41)

Fonte: dados da pesquisa.

Observou-se que, dentre os aspectos investigados, os de altas expectativas das mulheres quanto ao acompanhamento pré-natal foram os seguintes: Que o profissional que me

atende fosse cuidadoso durante o exame físico (média=1,73; DP=±1,09) e um encaminhamento quando eu falasse ao profissional/equipe sobre um problema (média=1,78; DP=±1,19).

Já os fatores que evidenciaram uma reduzida expectativa das mulheres quando ao cuidado pré-natal foram os seguintes: Que o profissional que faz o meu pré-natal fizesse o meu parto, com média de 3,15 (DP=±1,99); e Que minhas consultas de pré-natal durassem um tempo maior, com média de 3,18 (DP=±1,88).

Além das expectativas, investigou-se também a satisfação das puérperas quanto à assistência pré-natal disponibilizada ao longo da gestação. Avaliou-se a satisfação com base nos seguintes parâmetros, de acordo com a tabela 6: Características do Sistema; Cuidado Profissional; Interesse da Equipe e Informação do Profissional.

Tabela 6 – Distribuição da satisfação quanto ao acompanhamento pré-natal da última gestação das puérperas internadas no HGCC e na MEAC no período de abr/16 a jun/17. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.

(continua)

Variáveis	Média	(±DP)
<u>Informação do Profissional:</u>		
1. Os serviços de uma enfermeira de saúde pública façam parte da atenção pré-natal.	1,93	(±1,34)
2. As explicações que o meu profissional me dava sobre o que iria acontecer nas minhas consultas de pré-natal.	2,24	(±1,54)
3. As explicações que meu profissional me dava sobre os procedimentos médicos.	2,18	(±1,44)
4. As informações que o meu profissional me dava sobre como a minha gravidez estava indo.	2,12	(±1,43)
5. Os assuntos que meu profissional discutia durante as minhas consultas de pré-natal.	2,30	(±1,50)
6. As explicações que o meu profissional me dava sobre o que eu posso esperar de ser mãe de um recém-nascido.	3,19	(±1,89)
7. A maneira como o meu profissional tem me preparado para o trabalho de parto e parto.	3,24	(±1,92)
<u>Cuidado Profissional:</u>		
8. A forma como o meu profissional me trata.	1,79	(±1,12)
9. O respeito que o meu profissional tem por mim.	1,60	(±0,89)
10. A qualidade do cuidado que eu recebo do meu profissional.	1,90	(±1,26)
11. A sensação que eu não estou desperdiçando o tempo do meu profissional.	1,99	(±1,39)
12. Por poder fazer perguntas sem constrangimento (sem sentir vergonha).	1,99	(±1,34)
13. Não ter que repetir a minha história cada vez que eu venho para uma consulta.	2,58	(±1,75)

Tabela 6 – Distribuição da satisfação quanto ao acompanhamento pré-natal da última gestação das puérperas internadas no HGCC e na MEAC no período de abr/16 a jun/17. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.

(conclusão)		
Variáveis	Média	(±DP)
<u>Interesse da Equipe:</u>		
14. A forma como os membros da equipe demonstram preocupação sobre mim.	2,40	(±1,55)
15. O tempo que a equipe gasta falando sobre coisas de meu interesse.	2,35	(±1,45)
16. A forma como a equipe me trata.	2,06	(±1,17)
17. O tempo que a equipe dedica a mim, mesmo eu não tendo problemas nesta gravidez.	2,26	(±1,39)
18. O interesse e preocupação que a equipe demonstra ter comigo	2,27	(±1,42)
19. A forma como a equipe lida com todos os meus problemas de saúde.	2,30	(±1,43)
<u>Características do Sistema:</u>		
20. A quantidade de tempo que eu espero para ser atendida pelo meu profissional.	3,19	(±1,85)
21. O tempo total que eu gasto no serviço de saúde.	3,10	(±1,74)
22. As facilidades de estacionamento do serviço de saúde.	2,95	(±1,71)
23. As condições da sala de espera do serviço de saúde.	3,06	(±1,70)
24. A sala de exames do consultório do serviço de saúde.	2,54	(±1,60)
25. A possibilidade de agendar as consultas de pré-natal de acordo com a minha disponibilidade.	2,85	(±1,82)
26. A facilidade que foi reagendar as minhas consultas de pré-natal.	2,63	(±1,79)
27. A facilidade com que consegui agendar o meu pré-natal no início da minha gravidez (isto é, antes do quarto mês).	2,13	(±1,57)
28. Receber todos os exames recomendados.	2,27	(±1,63)
29. O número de consultas de pré-natal que eu fiz durante os primeiros seis a sete meses de gravidez.	2,14	(±1,45)

Fonte: dados da pesquisa.

Ao avaliar a satisfação das puérperas quanto ao acompanhamento pré-natal, identificou-se que, dentre os aspectos avaliados, os itens que representaram elevada satisfação por parte das mulheres foram: O respeito que o meu profissional tem por mim, com média de 1,60 (DP=±0,89); e a forma como o meu profissional me trata, com média de 1,79 (DP=±1,12).

Entretanto, os itens que deixaram as puérperas mais insatisfeitas quanto ao pré-natal estão associados à maneira como o meu profissional tem me preparado para o trabalho de parto e parto (média=3,24; DP=±1,92) e a quantidade de tempo que eu espero para ser atendida pelo meu profissional (média=3,19; DP=±1,85).

Quanto à média do somatório de pontos no domínio expectativas e no domínio satisfação, tem-se os dados conforme apresentado na tabela 7 a seguir.

Tabela 7 – Estatísticas descritivas da média dos resultados obtidos pela somatória de pontos do domínio expectativas e do domínio de satisfação do PESPC. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.

Domínios	Nº de itens	Intervalo possível	Intervalo obtido	Mediana	Média (DP)
Expectativas	12	12 - 72	12 - 59	29	28,84 (9,52)
Satisfação	29	29 - 174	28* - 145	66	68,64 (23,53)

Fonte: dados da pesquisa.

Nota: *Intervalo iniciando em 28 (abaixo do menor possível) devido à pergunta de número 34 sobre uso do estacionamento não se aplicar a algumas puérperas, tendo pontuação nula.

A média de pontos do domínio de expectativas entre as 300 puérperas foi de 28,84 (DP: 9,52), tendo a menor somatória resultado em 12 pontos e a maior somatória resultado em 59 pontos. Quanto ao domínio satisfação, a média obtida entre a amostra foi de 68,64 pontos (DP:23,53), tendo a menor somatória resultado em 28 pontos (considerando-se não aplicável a questão de número 34 quanto ao uso do estacionamento) e a maior somatória resultado em 145 pontos.

Com relação às variáveis sociodemográficas, encontrou-se significância estatística ($p < 0,05$ pelo teste de Mann-Whitney) quando se associou a idade à satisfação e a escolaridade à satisfação, assim como expresso na tabela 8.

Tabela 8 – Correlação entre domínio de expectativas e domínio de satisfação entre as variáveis sociodemográficas pelo Teste de Mann-Whitney. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.

(continua)

Variáveis sociodemográficas <i>versus</i> domínio de Expectativas e domínio de Satisfação	Valor de p (Mann-Whitney)	
	Expectativas	Satisfação
Idade	0,392	0,039*
Procedência	0,224	0,923
Escolaridade	0,916	0,023*
Renda familiar	0,897	0,065

Tabela 8 – Correlação entre domínio de expectativas e domínio de satisfação entre as variáveis sociodemográficas pelo Teste de Mann-Whitney. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.

(conclusão)

Variáveis sociodemográficas <i>versus</i> domínio de Expectativas e domínio de Satisfação	Valor de p (Mann-Whitney)	
	Expectativas	Satisfação
Ocupação	0,815	0,058
Estado civil	0,356	0,409
Raça	0,215	0,485
Religião	0,254	0,527

Fonte: dados da pesquisa.

No que concerne às variáveis obstétricas, quando associadas ao instrumento PESPC, houve valores significativos para: realização de pré-natal em gestações anteriores associada a expectativas; quanto ao número de gestações anteriores em que foi realizado o pré-natal associado à satisfação; satisfação com pré-natal anterior associada à satisfação; presença de RN pré-termo associada à satisfação; e restrição de crescimento intrauterino associado à satisfação. Os valores encontrados estão descritos na tabela 9.

Tabela 9 – Correlação entre domínio de expectativas e domínio de satisfação entre as variáveis obstétricas pelo Teste de Mann-Whitney. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.

(continua)

Variáveis obstétricas <i>versus</i> domínio de Expectativas e domínio de Satisfação	Valor de p (Mann-Whitney)	
	Expectativas	Satisfação
Plano de saúde	0,565	0,828
Realizou pré-natal em plano de saúde	0,367	0,270
Número de gestações	0,351	0,114
Número de partos	0,181	0,151
Número de abortos	0,886	0,163
Pré-natal em gestações anteriores	0,027*	0,696
Número de gestações anteriores em que foi realizado pré-natal	0,884	0,032*
Satisfação com pré-natal anterior	0,811	0,000*
Nº de consultas de pré-natal	0,406	0,328

Tabela 9 – Correlação entre domínio de expectativas e domínio de satisfação entre as variáveis obstétricas pelo Teste de Mann-Whitney. Fortaleza, Ceará, Brasil. 2018.

(conclusão)

Variáveis obstétricas <i>versus</i> domínio de Expectativas e domínio de Satisfação	Valor de p (Mann-Whitney)	
	Expectativas	Satisfação
Idade Gestacional de Início das Consultas	0,948	0,892
Morte perinatal	0,824	0,357
Complicações em gestações anteriores	0,550	0,478
RN com restrição de crescimento	0,321	0,603
RN pré-termo	0,134	0,008*
RN mal-formado	0,654	0,056
Complicações em gravidez atual	0,675	0,488
Uso de medicamento na gestação atual	0,009	0,553
Restrição de crescimento intrauterino	0,122	0,036*

Fonte: dados da pesquisa.

6 DISCUSSÃO

Com relação às variáveis sociodemográficas, as que tiveram maior destaque foram as de idade, raça, escolaridade e estado civil. Em um estudo descritivo conduzido no Irã e com puérperas em uma maternidade, foi observado que a média de idade das pacientes foi de 26,37 anos, valor esse praticamente equivalente à média encontrada no presente trabalho (26,46 anos). 85% das mulheres internadas em hospital escola exerciam atividade não remunerada, achado condizente com na presente pesquisa, e apenas 24% delas possuíam educação superior concluída. (NAGHIZADEH et al., 2014)

Em um estudo realizado nos Estados Unidos (EUA) sobre avaliação da satisfação com o pré-natal entre mulheres com deficiência física, foi encontrado que 55,6% das mulheres participantes teve idade entre 30 e 39 anos, possivelmente por se tratar de uma pesquisa com pacientes com essa condição física e/ou por se tratar de um país com melhores indicadores de desenvolvimento humano e educacionais, com menores taxas de gestação na adolescência. Ainda nesse estudo nos EUA, a raça foi em sua maioria branca, o estado civil foi em sua maioria casadas e o nível educacional foi em sua totalidade com ensino superior completo ou posterior a isso, resultados os quais revelam as diferenças entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, como o Brasil (MITRA et al. 2017). No presente trabalho, foi encontrado que 86,7% das mulheres era de raça não branca, com 81% apresentando união estável ou casadas e 67,3% com nível educacional superior a 9 anos de estudos, sendo uma limitação desse trabalho a não categorização em ensino superior completo ou incompleto, como muitos estudos abordam.

Em uma pesquisa quantitativa conduzida na Finlândia sobre o nível de expectativas com exames de imagem no pré-natal em mulheres atendidas em uma maternidade, foi identificado que, das mulheres participantes, 77,5% apresentavam idade inferior ou igual a 34 anos, também corroborando com os valores encontrados no presente trabalho. Aproximadamente 94% das participantes possuíam parceiro fixo, condizente com os achados desse trabalho (81%), e 70,5% das pacientes participantes do estudo finlandês possuíam nível superior completo (NYKÄNEN; VEHVILÄINEN-JULKUNEN; KLEMETTI, 2017).

Em um trabalho realizado no Vietnã sobre a satisfação das mulheres com relação aos serviços de diagnósticos no pré-natal, 76,8% das mulheres apresentavam idade inferior a 35 anos e a quantidade de mulheres que possuíam nível superior e ensino médio completo ou menos foi relativamente semelhante a do presente trabalho. A pesquisa vietnamita revelou que

66,4% da amostra ganhavam o equivalente a um salário mínimo no país ou menos, o que corrobora com os dados encontrados na atual pesquisa, em que as mulheres declararam ganhar renda igual ou inferior ao salário vigente no período da coleta. Um dado relevante para mencionar nesse estudo é que, durante o pré-natal, cerca de dois terços das gestantes no Vietnã realizaram excessivamente a ultrassonografia (USG) obstétrica como ferramenta para diagnosticar má-formação fetal, ainda que a USG não traga garantias de melhora no desfecho do pré-natal (DOAN; NGUYEN; BUI, 2017).

Foi realizado um estudo descritivo sobre o perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes de uma maternidade no município de Picos, Piauí, e os pesquisadores identificaram que 69,3% das pacientes estavam com 20 a 35 anos e que 53,4% das mulheres apresentaram apenas 5 anos de estudo, dado esse que pode revelar diferenças de acesso à educação entre as duas cidades do nordeste brasileiro. Além disso, 74,3% das mulheres possuíam parceiro fixo, corroborando com os dados da presente pesquisa. Os pesquisadores acreditam que exista uma relação íntima entre a baixa escolaridade e o alto índice de mulheres que não exercem atividade remunerada (BARBOSA et al. 2017).

Retomando o estudo realizado na cidade de Picos, 70,6% das parturientes tiveram 6 ou mais consultas de pré-natal, o que reflete um aspecto positivo na saúde materna desse município, pois está de acordo com o mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde. Em relação à paridade, os dados encontrados foram de que 51,7% das pacientes eram primíparas, diferentemente do atual trabalho, que teve como maioria as puérperas multíparas (BARBOSA et al. 2017). No estudo finlandês sobre expectativas com imagem de pré-natal, 52,4% das mulheres eram primíparas, o que também se contrapõe aos achados da presente pesquisa (NYKÄNEN; VEHVILÄINEN-JULKUNEN; KLEMETTI, 2017).

No presente trabalho, avaliou-se as mulheres segundo o preconizado pela Rede Cegonha, sendo um total de 7 consultas o valor mínimo para se considerar que houve realização de acompanhamento pré-natal de qualidade, e obteve-se que 64,3% das puérperas atingiram esse mínimo. Apesar de a maioria das puérperas avaliadas ter tido acesso às 7 consultas, percebe-se que existe ainda cerca de um terço da população que não teve acesso a esse número mínimo, e cabem estudos posteriores para se analisarem os motivos de ainda haver tantas mulheres com baixa adesão ao pré-natal, e se essa problemática está ligada a fatores socioeconômicos, individuais e/ou estruturais da região.

Cerca de 95% das parturientes tiveram idade gestacional entre 37 e 41 semanas (gestações que geraram RN a termo) no estudo sobre parturientes em Picos, enquanto que os

dados obtidos nesse trabalho foram que aproximadamente 29% das puérperas tiveram uma ou mais vezes RN pré-termos (BARBOSA et al., 2017). Segundo estudo realizado em Santa Catarina sobre fatores associados à prematuridade, no ano de 2012, o SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) registrou que 10,6% dos nascidos vivos eram de RN com idade gestacional entre 22 e 36 semanas (FREITAS; ARAÚJO, 2015). Comparando-se a presente pesquisa e os dados registrados no SINASC em Santa Catarina, observa-se que a população analisada na capital nordestina apresentou uma taxa de prematuridade quase 3 vezes maior que o registrado no Sul do Brasil, cabem mais estudos para se aprofundar nos motivos dessa taxa mais elevada. A prematuridade se constitui de um problema de saúde pública, principalmente por resultar em inúmeros óbitos e gerar um ônus financeiro grande para a economia do país. Um dado importante encontrado no estudo de SC é que as maiores taxas de prematuridade foram em mulheres com cor de pele não branca, possuindo baixa escolaridade, com pouca frequência nas consultas de pré-natal e nos extremos de idade (FREITAS; ARAÚJO, 2015). Assim, salienta-se que a melhora na adesão da mulher ao pré-natal, com elevação da experiência satisfatória da mulher e que atende às boas expectativas pode incentivar a sua ida frequente às consultas e, possivelmente, reduzir as taxas de partos prematuros.

Retomando o estudo realizado na Cidade de Picos, os pesquisadores encontraram na população estudada que 61,9% das mulheres tiveram parto cesáreo, o que condiz com os dados encontrados da presente pesquisa, em que 66,7% das puérperas tiveram pelo menos uma cesárea na vida e apenas 33,3% das mulheres tiveram todos os seus partos por via vaginal. Nesse aspecto, evidencia-se um problema de saúde pública no Brasil, em desacordo com o preconizado pela OMS, cujas taxas de cirurgias cesarianas não devem ultrapassar de 10 a 15%. Sendo assim, os valores encontrados nas pesquisas refletem as fragilidades do sistema de saúde no país, tanto na rede pública como na rede privada, cabendo aos profissionais da área da saúde e demais envolvidos que orientem as mulheres e as estimulem para a adesão ao parto vaginal e apenas recorram à cirurgia cesárea quando houver real necessidade, em casos de riscos para a mãe e para o feto (BARBOSA et al., 2017). Salienta-se que as altas taxas de cesariana encontradas podem estar relacionadas ao fato de os locais da pesquisa serem de nível terciário, abrangendo gestações de alto risco.

A cirurgia cesárea pode gerar complicações a curto e longo prazo e só deve ser realizada quando existe real indicação. As taxas de cesárea no Brasil estão muito acima do esperado pela OMS, isso se deve ao fato de que atualmente ocorre um processo de medicalização do parto, em que a mulher deixa de ser a protagonista de seu parto e passa a ser

submissa a um processo cirúrgico em casos de não haver necessidade, seja pelo medo de possíveis dores advindas do parto vaginal ou por conveniência do profissional. Ressalta-se a importância da cirurgia cesárea em situações de alto risco, que devem ser minuciosamente avaliadas por profissionais de saúde capacitados. Não se tratando dessas situações, deve-se estimular e empoderar a mulher com relação ao parto natural com assistência humanizada, ressaltando que é um processo fisiológico, singular para cada indivíduo, que oferece maiores vantagens tanto para a mãe quanto para o recém-nascido, além de estarem disponíveis inúmeros métodos farmacológicos e não farmacológicos para o alívio da dor (BRASIL, 2001).

Comparando-se os valores dos dados descritivos obtidos nesse trabalho quanto à pontuação de ambos os domínios com os resultados trazidos pelos pesquisadores que validaram o PESPC no Brasil, tem-se que a média de pontos trazida no momento da validação para o domínio expectativas foi de 36,1 pontos, com intervalo de 13 a 62 pontos, assemelhando-se aos valores da presente pesquisa (28,84 pontos e intervalo de 12 a 59 pontos). Já quanto ao domínio de satisfação, na pesquisa de validação encontrou-se os valores de 75,5 pontos, com intervalo de 31 a 143 pontos, também assemelhando-se com os valores do presente estudo (68,64 pontos e intervalo de 28 a 154 pontos). O PESPC é um instrumento construído sem ponto de corte ou valor de determinação de satisfação e expectativas, porém, sabe-se que quanto maior a pontuação obtida nos domínios, menor é a satisfação / expectativa (PRUDÊNCIO et al., 2013).

Uma pesquisa realizada no sudeste brasileiro sobre avaliação do pré-natal revelou que o nível de expectativas e de satisfação das mulheres com relação a esse cuidado está diretamente relacionado com os aspectos culturais na qual ela está inserida e com os aspectos individuais, como experiências anteriores e relações familiares (CARDELLI et al. 2016). Os pesquisadores envolvidos na presente pesquisa realizada em maternidades fortalezenses puderam perceber durante a entrevista e coleta de dados que as mulheres se sentiam mais satisfeitas quando elas eram melhor orientadas sobre os procedimentos de assistência pré-natal e processos de trabalho de parto, parto e puerpério pelos profissionais de saúde. Além disso, no momento da coleta, foi forte a evidência de que quanto mais próximo os familiares e companheiro(a) estavam da paciente, tanto no pré-natal como no alojamento conjunto, maior eram os resultados de satisfação com relação ao pré-natal e, por vezes, as expectativas eram superadas.

No presente trabalho, utilizando-se o instrumento PESPC, quanto ao domínio de expectativas, houve associação estatisticamente significativa com relação à variável de realização de pré-natal em gestações anteriores. Uma possível hipótese para tal é a de que as

experiências vivenciadas pela mulher, quando ela já tem anteriormente recebido a assistência de pré-natal, contribuem para que ela tenha algum conhecimento adquirido por esse cuidado e que, em uma futura gestação, ela já saiba o que esperar da assistência. Essa expectativa, baseando-se nessa variável, dependerá então do tipo de experiência vivenciada no pré-natal passado, seja ela positiva ou negativa para a mulher.

Comparando-se as associações encontradas entre as expectativas e as variáveis sociodemográficas e obstétricas com os resultados da pesquisa sobre a validação do instrumento PESPC no Brasil, verificou-se que houve associação estatisticamente significativa com as expectativas e a escolaridade. Assim sendo, pode-se inferir que existe uma relação entre o nível educacional da mulher e suas expectativas e satisfação, sendo que possivelmente quanto maior a escolaridade dessa mulher, maior a probabilidade de haver mais esclarecimento quanto à gestação e à assistência de pré-natal (PRUDÊNCIO et al. 2013). Na presente, não houve associação estatisticamente significativa entre expectativas e escolaridade, entretanto, foi possível observar no momento da coleta que as mulheres que declaravam ter mais tempo de estudo demonstravam não apenas mais interesse em responder à pesquisa, mas também maior domínio sobre a temática e os procedimentos que iriam ocorrer durante as consultas, o trabalho de parto e parto.

Quanto ao domínio da satisfação, foi encontrado na presente pesquisa que cinco variáveis foram estatisticamente significantes, sendo elas a de escolaridade, número de gestações anteriores em que foi realizado o pré-natal, satisfação com o pré-natal em gestações anteriores, presença de RN pré-termo e presença de restrição de crescimento intrauterino. Retomando a pesquisa realizada com puérperas no Irã, no estudo desses pesquisadores, houve relação significativa entre a satisfação com relação aos aspectos éticos e de apoio físico e emocional prestados pelos profissionais de saúde e a idade da mulher, nível educacional e atividade remunerada. Os pesquisadores concluíram ainda que o nível de satisfação materna com relação aos períodos pré e pós-natal é maior em mulheres que realizaram parto vaginal a despeito da cesárea (NAGHIZADEH et al., 2014)

Segundo estudo conduzido nos EUA com mulheres com deficiência física, o nível de satisfação encontrado entre essas pacientes com relação ao pré-natal, fazendo-se uma avaliação em uma escala do tipo Likert de 0 a 10 (sendo 10 a melhor satisfação e 0 a pior satisfação), foi que a maioria das mulheres atingiu entre 8-10 pontos. Outro dado relevante encontrado nessa pesquisa é que 65,1% das mulheres relataram que desejavam mais informações sobre como o trabalho de parto e o parto seriam. Verificou-se que as mulheres que

disseram ter uma assistência de pré-natal por profissionais que sabiam pouco de sua deficiência física tiveram seu pré-natal afetado negativamente. Além disso, mulheres que relataram precisar de mais informações sobre a gestação tiveram mais chances de referir necessidade de uma melhor assistência pré-natal (MITRA et al., 2017).. Comparando-se com o atual estudo, foi encontrado que as menores taxas de satisfação quanto ao pré-natal estão associados à maneira como o profissional se tem preparado para o trabalho de parto e parto, com média na escala Likert de 3,24 (DP = $\pm 1,12$) entre as entrevistadas, reiterando-se que, quanto mais próximo da nota 6, pior é a satisfação. A segunda pior nota de satisfação foi com relação à quantidade de tempo que elas esperaram para serem atendidas pelo profissional, com média de 3,19 (DP = $\pm 1,85$), sendo importante ressaltar que o escore é reverso, ou seja, quanto menor a pontuação maior é a expectativa / satisfação.

Nesse aspecto, evidencia-se a importância de uma assistência pré-natal adequada, bem como no processo de trabalho de parto, parto e pós parto, com avaliação particularizada, holística e humanizada, envolvendo profissionais da saúde responsáveis pela consulta de pré-natal, como o enfermeiro e o médico, além de outros profissionais da saúde quando necessário. Nas consultas de pré-natal, é imprescindível que o profissional oriente a paciente quanto aos procedimentos a serem realizados e que ele preste uma assistência completa, prezando pelas recomendações das evidências científicas, sempre em consonância com as particularidades institucionais e regionais. A paciente deve sentir-se empoderada de sua gestação e parto, sendo sanadas todas as eventuais dúvidas durante a assistência pré-natal, para que ela seja capaz de avaliar se a sua satisfação correspondeu às suas expectativas pré-gestacionais. Além disso, é preciso se dispor de logística e infra-estrutura adequadas para o manejo do atendimento, de forma que a haja maior satisfação com relação ao tempo de espera dessa mulher.

Foi encontrada relação estatisticamente significativa entre o domínio de satisfação e a variável de escolaridade na presente pesquisa, o que corrobora com os dados encontrados em um estudo realizado em Cartagena, em que foi encontrado que as gestantes que tinham mais tempo de estudos declararam-se estar mais satisfeitas com relação à assistência pré-natal, no sentido de que elas se mostraram mais esclarecidas quanto aos seus direitos e deveres, bem como quanto aos processos fisiológicos da gestação e os procedimentos que deveriam ser realizados pelos profissionais de saúde em cada momento desse ciclo (ÁVILA et al., 2014). Nessa pesquisa, evidenciou-se, no momento da aplicação do PESPC, que as mulheres com níveis educacionais mais elevados detiveram maior discernimento entre as perguntas realizadas e conseguiram sintetizar suas opiniões com mais clareza, demonstrando-se mais cientes sobre

os processos assistenciais no pré-natal e, portanto, sabendo identificá-los. Essa identificação desses processos, por vezes, levou as mulheres a optarem por pontuações menores na escala Likert de satisfação, portanto, demonstrando-se mais satisfeitas. Estudos posteriores devem ser realizados para se avaliar minuciosamente o impacto do nível de escolaridade na satisfação com relação ao pré-natal das pacientes.

No presente estudo, o número de gestações anteriores em que foi realizado o pré-natal também está estatisticamente associado à satisfação da mulher. Uma hipótese para tal, que foi possível analisar durante a entrevista com as pacientes, é a de que quanto maior a adesão das mulheres ao pré-natal em suas gestações, mais propriedade e domínio do assunto ela terá, devido ao conhecimento prévio adquirido, para poder analisar e escolher e seu nível de satisfação. Durante a coleta, as mulheres que não tinham boa adesão ao pré-natal nas gestações anteriores demonstravam sentimento de desesperança, de estarem alheias à situação, com fraco interesse em se envolver no assunto, cabendo aos entrevistadores utilizar-se de linguagem atrativa para o público, bem como demonstrar solicitude, proximidade e espontaneidade, para fazer com que a mulher se sentisse o mais à vontade possível durante a entrevista.

A satisfação das mulheres com o pré-natal anterior também foi uma variável obstétrica estatisticamente significante relacionada ao domínio satisfação, cabendo estudos posteriores para analisar se o agrado com a assistência de pré-natal anteriormente prestada influencia de forma positiva ou negativa a satisfação com esse cuidado profissional em futuras gestações.

Ainda com relação ao domínio da satisfação, as variáveis de presença de RN pré-termo e presença de restrição de crescimento intrauterino foram estatisticamente significantes para a associação com esse domínio, cabendo estudos posteriores para compreender como essa relação ocorre, se existe uma maior ou menor satisfação entre essas mulheres com essas características obstétricas. As demais variáveis sociodemográficas e obstétricas não resultaram em relação estatisticamente significativa com os domínios de expectativas e satisfação.

6.1 Limitações

A presente pesquisa possui algumas limitações, sendo um possível viés o fato de muitas puérperas ainda estarem em período de exaustão pós-parto e isso gerar cansaço em responder a todas as perguntas do instrumento sociodemográfico-obstétrico e do PESPC. Pela extensão do instrumento, algumas pacientes demonstraram certa pressa em concluir a

entrevista, e, para minimizar essas limitações, nesses casos, os pesquisadores, quando necessário, escolhiam as numerações correspondentes na escala de acordo com a resposta relatada pela paciente. Além disso, houve ausência de alguns dados por não haver registros completos nas cadernetas de gestantes, documento prioritário na coleta, e por serem informações muito específicas, inviáveis de serem recordadas pelas puérperas. Os pesquisadores recorreram a outros documentos presentes no prontuário, registrados por profissionais de saúde, apenas quando as puérperas não estavam com suas cadernetas e quando não havia cópia da mesma em prontuário. Outros dados deixaram de ser preenchidos por não se aplicarem à situação da paciente.

Algumas puérperas ainda, por vezes, confundiam as perguntas do domínio de expectativas como sendo algo que elas esperavam no dia da entrevista e não com relação ao que elas esperavam antes da gestação. Para diminuir esses possíveis vieses, tentou-se padronizar a forma de coleta dos pesquisadores, para que eles ajudassem a paciente na interpretação e clarificação das perguntas.

O PESPC não estipula um ponto de corte, ou seja, um valor numérico para classificar a mulher como satisfeita/insatisfeita nem com relação às suas expectativas, se foram alcançadas ou não, o que pode gerar dificuldade em se avaliar o somatório de pontos das respostas da escala. Além disso, a utilização do instrumento pelos pesquisadores desse trabalho revelou que se trata de um instrumento longo, que pode eventualmente gerar perda de atenção das mulheres entrevistadas, visto que as perguntas em seus domínios requerem certo nível de atenção, devendo as pacientes serem advertidas quanto a isso. As possíveis falhas de registros de cadernetas da gestante, a complexidade do instrumento e possíveis vieses recordatórios das entrevistadas não diminuem a importância desse estudo, devendo essa temática ser abordada em suas particularidades no âmbito das necessidades da mulher quanto ao pré-natal.

7 CONCLUSÃO

O presente trabalho obteve que o nível de expectativas foi pontuado em 28,84, e o de satisfação em 68,64 por puérpera, achados que corroboram com aqueles encontrados pelos pesquisadores que validaram o PESPC no Brasil, não havendo ponto de corte definido no instrumento para padronização da classificação.

Quanto ao domínio de expectativas, houve relação estatisticamente significativa com a presença de pré-natal em gestações anteriores e, no domínio satisfação, houve associação entre a escolaridade e a idade da puérpera, o número de gestações anteriores em que foi realizado o pré-natal, a satisfação com a assistência de pré-natal anterior, quando aplicável, a ocorrência de RN pré-termo e a ocorrência de restrição de crescimento intrauterino. Não houve associação estatisticamente significativa entre as demais variáveis sociodemográficas e obstétricas.

Esse estudo trouxe como implicações para a assistência de Enfermagem a possibilidade de se identificarem pontos relativos à satisfação e às expectativas das mulheres quanto ao pré-natal, pois as gestantes, parturientes e puérperas, bem como o bem estar fetal são os protagonistas do cuidado de pré-natal, e a melhor forma de avaliá-lo é por meio do *feedback* desses usuários do sistema de saúde e do conhecimento de fatores sociodemográficos, obstétricos e/ou de outra natureza que possam interferir nessa avaliação. Ademais, é válido ressaltar os pontos que já satisfazem e atendem às expectativas das mulheres, tomando como modelo a assistência pré-natal de qualidade, alicerçada em um cuidado individualizado, integral, humanizado e baseado nas evidências científicas mais atualizadas.

REFERÊNCIAS

ANVERSA, E. T. R.; BASTOS, G. A. N.; NUNES, L. N.; PIZZOL, T. S. D. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p.789 - 800, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/18.pdf>> Acesso em: 10 fev. 2017.

ÁVILLA, I. Y. C.; VILLANUEVA, M. P. V.; CORREA, E. O.; CONSUEGRA, A. P.; SOTO, H. C. Satisfacción de Usuarías del Control Prenatal en Instituciones de Salud Públicas y Factores Asociados. **Hacia la Promoción de la Salud**, Cartagena, v. 19, n. 1, p. 128 – 140, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v19n1/v19n1a10.pdf>> Acesso em: 10 dez. 2018.

BARBOSA, I. A; SILVA, M. J. P. Perfil Sociodemográfico e Obstétrico de Parturientes de um hospital Público. **Revista de Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 18, n. 2, p.227 -233, 2017.

BAXLEY, S. M; IBITAYO, K. Expectations of Pregnant Women of Mexican Origin Regarding Their Health Care Providers. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, v. 44, p. 389-396, 2015. Disponível em: <<http://onlinelibrary-wiley.ez11.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/1552-6909.12572/full>> Acesso em: 25 nov. 2017.

BRASIL. Lei N° 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/128195/lei-7498-86>> Acesso em: 20 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466/12. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, 2012a. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 02 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2006. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html> Acesso em: 02 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011a. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html> Acesso em: 02 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Habilita o estado, município ou distrito federal a receber recursos destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para estabelecimentos de saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 set. 2017. Seção 1, p. 68. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2457> Acesso em: 30 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011c. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 02 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/SISPRENATAL/SPN_PHPN.php> Acesso em: 03 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília, DF, 2011b. 80 p. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/70ahsaudecrianca.pdf>> Acesso em: 02 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf> Acesso em: 29 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf> Acesso em: 01 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CABRAL, F. B; HIRT, L. M; SAND, I. C. P. V. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 281-287, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200002>

Acesso em: 23 fev. 2017.

CARDELLI, A. A. M; MARRERO, T. L; FERRARI, R. A. P; MARTINS, J. T; SERAFIM, D. Expectations and satisfaction of pregnant women: revealing prenatal care in primary care. **Invest. Educ. Enferm**, v. 34, n. 2, p. 252-260, 2016. Disponível em:

<<https://doaj.org/article/b2886baf59c0486aa3730d08951b7fdc?frbrVersion=5>> Acesso em: 25 nov. 2017.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. **Hospital Geral Dr. César Cals**. O Hospital. Ceará, CE. 2014. Disponível em: <<http://www.hgcc.ce.gov.br/index.php/o-hospital>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

CUNNINGHAM, S. D; GRILO, S; LEWIS, J. B; NOVICK, G; RISING, S. S; TOBIN, J. N; ICKOVICS, J. R. Group prenatal care attendance: determinants and relationship with care satisfaction. **Matern Child Health J**, v. 21, n. 4, p. 770–776, 2017. Disponível em:

<<https://link-springer-com.ez11.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007/s10995-016-2161-3>> Acesso em: 25 nov. 2017.

DIAS, E. G.; SANTO, F. G. E.; SANTOS, I. G. R.; ALVES, J. C. S.; SANTOS, T. M. F. Percepção das gestantes quanto à importância das ações educativas promovida pelo enfermeiro no pré-natal em um unidade básica de saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 06, n. 03, p. 2695-10, 2015.

DOAN, D. T. T.; NGUYEN, H. T. T.; BUI, H. T. T. Patterns of the utilization of prenatal diagnosis services among pregnant women, their satisfaction and its associated factors in Viet Nam. **International Journal of Public Health**, v. 62, n. s1, p. 35–40, 2017.

DOMINGUES, R. M. S. M.; HARTZ, Z. M. A.; DIAS, M. A. B.; LEAL, M. C. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 425 - 437, 2012. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/03.pdf>> Acesso em: 20 fev. 2017.

FREITAS, P. F.; ARAÚJO, R. R. Prematuridade e fatores associados em Santa Catarina, Brasil: análise após alteração do campo idade gestacional na Declaração de Nascidos Vivos. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife**, v. 15, n. 3, p. 309–316, 2015.

HEAMAN, M. I; SWORD, W. A; AKHTAR-DANESH, N; BRADFORD, A; TOUGH, S; JANSSEN, P. A; YOUNG, D. C; KINGSTON, D. A; HUTTON, E. K; HELEWA, M. E. Quality of prenatal care questionnaire: instrument development and testing. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 14, p. 188, 2014. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/188>> Acesso em: 25 nov. 2017.

HULLEY, S. B; CUMMINGS, S. R; BROWNER, W. S; GRADY, D. G. **Delineando a pesquisa clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. 400 p.

JOHNSON, A. M; NWANA, C; EGAN, J. F. X; DUMONT-MATHIEU, T. Reported experiences with prenatal care: is there a difference in patient satisfaction based on racial and ethnic background? **Connecticut Medicine**, v. 76, n. 10, p. 581-584, 2012. Disponível em: <<http://web.a-ebscohost-com.ez11.periodicos.capes.gov.br/ehost/detail/detail?vid=0&sid=f3e34c0d-516e-429c-ac99-f8da780d8327%40sessionmgr4006&bdata=Jmxhbm9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=23243758&db=mdc>> Acesso em: 25 nov. 2017.

MARANHA, N. B; SILVA, M. C. A; BRITO, I. C. A consulta de enfermagem no cenário da atenção básica e percepção dos usuários: revisão integrativa. **Academus Revista Científica da Saúde**, v. 2, n. 1,. 2017. Disponível em: <<https://smsrio.org/revista/index.php/reva/article/view/246/261>> Acesso em: 02 dez. 2017.

MITRA, M.; AKOBIROSHOEV, I.; MORING, N.; LONG-BELLIL, L.; SMELTZER, S.; SMITH, L.; IEZZONI, L. Access to and Satisfaction with Prenatal Care Among Pregnant Women with Physical Disabilities. **Journal of Women's Health**, v. 0, n. 0, p. 1–8, 2017.

MORGADO, C. M. L; PACHECO, C. O. C; BELÉM, C. M. S; NOGUEIRA, M. F. C. Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo.

Revista Referência, v.2, n. 12, 2010. Disponível em: <<http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-1727.pdf>> Acesso em: 10 set. 2017.

NAGHIZADEH, S.; AZARI, S.; MOHAMMADY, F.; REZAEI, M. E. M.; SEHHATI, F. Maternal satisfaction about prenatal and postnatal cares in vaginal and cesarean section delivery at teaching and non- teaching hospitals of Tabriz/Iran. **International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences**, v. 2, n. 3, p. 146–154, 2014.

NYKÄNEN, M.; VEHVILÄINEN-JULKUNEN, K; KLEMETTI, R. The expectations of antenatal screening and experiences of the first- trimester screening scan. **Midwifery**, v. 47, n. September 2016, p. 15–21, 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, p. 218-229, 2001. Disponível em: <<http://onlinelibrary-satwiley.ez11.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1002/nur.1024/epdf>> Acesso em: 25 nov. 2017.

OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. **Organização Mundial de Saúde**. Suíça: 2015, 8. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3> Acesso em: 20 abr. 2018.

OMS. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. **Organização Mundial de Saúde**. Suíça: 2009, 112 p. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf> Acesso em: 02 dez. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.

PRUDÊNCIO, P. S; MAMEDE, F. V; DANTAS, R. A. S; SOUZA, L; MAMEDE, M. V. Adaptação e validação do Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care para gestantes brasileiras. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 3, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0704.pdf> Acesso em: 25 nov. 2017.

PRUDÊNCIO, Patrícia Santos; MAMEDE, Fabiana Villela. **Avaliação da expectativa e satisfação da gestante com o cuidado pré-natal na atenção primária à saúde**. 2017. 166 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017. Disponível em:

<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-27092017-134829/>> Acesso em: 25 nov. 2017.

RIBEIRO, J. F.; LUZ, V. L. E. S.; SOUSA, A. S.; SILVA, G. L. L.; SOUSA, V. C.; SOUSA, M. F. A. Contribuição do pré-natal para o parto normal na concepção do enfermeiro da estratégia saúde da família. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 1, p. 161-170, 2016. Disponível em:

<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/521/pdf_296> Acesso em: 25 nov. 2017.

ROGES, D. C. Ministério da Saúde reconhece a MEAC como Centro de Apoio em Boas Práticas. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH**. Fortaleza, CE. 2016. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/pt/web/meac-ufc/detalhes-das-noticias/-/asset_publisher/7d2qZuJcLDFo/content/id/1381908/2016-08-ministerio-da-saude-reconhece-a-meac-como-centro-de-apoio-em-boas-praticas> Acesso em: 20 jan. 2017.

SANTOS, J. B.; SANTOS, A. T.; PARIZANI, D.; FIGUEIREDO, F. R. B.; MEDEA, A. G.; OLIVEIRA, M. L.; MAIA, J. S.; MAIA, L. F. S. O enfermeiro como educador para benefício do parto normal. **Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, v. 1, n. 1, 2016. Disponível em:

<http://www.revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/4/pdf_1> Acesso em: 25 nov. 2017.

TANDON, S. D; CLUXTON-KELLER, F; COLON, L; VEGA, P; ALONSO, A. Improved Adequacy of Prenatal Care and Healthcare Utilization Among Low-Income Latinas Receiving Group Prenatal Care. **Journal of Women's Health**, v. 22, n. 12, 2013. Disponível em:

<<http://online.liebertpub.com.ez11.periodicos.capes.gov.br/doi/abs/10.1089/jwh.2013.4352>>

Acesso em: 25 nov. 2017.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.

Redes de atenção à saúde: a rede cegonha. São Luís: [s.n.], 2015. Disponível em:

<<http://www.multiresidencia.com.br/site/assets/uploads/kcfinder/files/REDE%20CEGONHA.pdf>> Acesso em: 30 de nov. 2017.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DE PUÉRPERAS

Aspectos Sociodemográficos e Obstétricos

1. Idade: _____ Data da Coleta: ____/____/____	1
2. Procedência: _____	2
3. Escolaridade (anos de estudo): _____	3
4. Renda familiar (valor absoluto): _____	4
5. Ocupação atual: _____	5
6. Estado civil: 1. () Solteira 2. () Casada 3. () União estável 4. () Viúva 5. () Divorciada	6
7. Você se considera: 1. () Branca 2. () Negra 3. () Parda/Morena/Mulata 4. ()) Outra. Qual: _____	7
8. Religião: 1. () católica 2. () espírita 3. () evangélica 4. () testemunho de Jeová 5. () protestante 6. () outra: _____ 7. () Agnóstica	8
9. Possui Convênio de Saúde/Plano de Saúde Privado? 1. () Sim 2. () Não	9
10. Realizou o pré-natal pelo convênio de saúde/plano de saúde, além do serviço público? 1. () Sim 2. () Não	10
11. G:_____ 19 P:_____ 20 A:_____	11
12. N° de filhos vivos: _____	12
13. N° de partos cesáreos: _____	13
14. N° de partos normal: _____	14
15. Realizou Pré-Natal nas gestações anteriores? Em quantas? 1. () Sim 2. () Não Total: _	15
16. Das gestações anteriores, de uma maneira geral, você ficou satisfeita com o cuidado pré-natal recebido? 1. () Sim 2. () Não	16

17. Número de consultas de pré-natal realizadas na gestação atual: ___	
18. Idade Gestacional da data da primeira consulta pré-natal: _____	17
19. Teve caso de morte perinatal? 1. () Sim 2. () Não Causa: _____	18
20. Teve complicações nas gestações anteriores? 1. () Sim 2. () Não Quais: _____	19 20
21. Teve algum recém-nascido com restrição de crescimento? 1. () Sim 2. () Não Quantos: _____	21
22. Teve algum recém-nascido pré-termo? 1. () Sim 2. () Não Quantos: _____	22
23. Teve algum recém-nascido malformado? 1. () Sim 2. () Não Quantos: _____	23
24. Apresentou alguma complicação nessa gravidez? 1. () Sim 2. () Não Quais: _____	24
25. Usa algum medicamento nessa gravidez? 1. () Sim 2. () Não Quantos: _____	25
26. Peso no final da gestação: _____	
27. Peso anterior à gestação ou ao início do pré-natal (em Kg): _____	26
28. Pressão Arterial na última consulta: Sistólica _____ Diastólica _____	27 28
29. Pressão Arterial na <u>Primeira</u> Consulta: Sistólica _____ Diastólica _____	29
30. Altura uterina na última consulta: _____	
31. Restrição de crescimento uterino nessa gestação: 1. () Sim 2. () Não	30 31

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PÚBLICO-ALVO)**

Prezada senhora,

Estou convidando a senhora a participar de um estudo que está sob minha responsabilidade. Nesse estudo pretendo avaliar a satisfação de puérperas quanto à assistência pré-natal entre usuárias de uma maternidade do município de Fortaleza, Ceará. As participantes serão puérperas que estejam internadas no Hospital Geral César Cals (HGCC). Pretendemos com esta pesquisa contribuir para a prestação de uma assistência de Enfermagem mais qualificada as gestantes, parturientes e puérperas.

Caso a senhora concorde em participar do estudo, realizarei uma série de questionamento com o intuito de avaliar a satisfação quanto à assistência pré-natal entre usuárias de uma maternidade do município de Fortaleza, Ceará. Sua participação neste estudo é livre e deve durar em média 15 minutos.

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização deste estudo. A senhora tem o direito de sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar, sem que sua desistência possa prejudicar seu atendimento na rede pública ou privada de saúde. Finalmente informo que sua identidade será preservada tanto durante a condução do estudo como quando publicado em periódicos científicos. A participação no estudo não trará nenhum custo à senhora. A senhora poderá fazer qualquer pergunta durante a leitura desse termo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisador) e a outra, com você (entrevistada).

Em caso de dúvidas e/ou desistência da entrevista, pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética do HGCC por meio do telefone (85) 3101-5347. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Ana Kelve de Castro Damasceno

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8448

E-mail: anakelve@hotmail.com

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____ RG nº _____,
declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo
em participar da pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Testemunha

Assinatura de quem coletou os dados

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PÚBLICO-ALVO)**

Prezada senhora,

Estou convidando a senhora a participar de um estudo que está sob minha responsabilidade. Nesse estudo pretendo avaliar a satisfação de puérperas quanto à assistência pré-natal entre usuárias de uma maternidade do município de Fortaleza, Ceará. As participantes serão puérperas que estejam internadas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Pretendemos com esta pesquisa contribuir para a prestação de uma assistência de Enfermagem mais qualificada as gestantes, parturientes e puérperas.

Caso a senhora concorde em participar do estudo, realizarei uma série de questionamento com o intuito de avaliar a satisfação quanto à assistência pré-natal entre usuárias de uma maternidade do município de Fortaleza, Ceará. Sua participação neste estudo é livre e deve durar em média 15 minutos.

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização deste estudo. A senhora tem o direito de sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar, sem que sua desistência possa prejudicar seu atendimento na rede pública ou privada de saúde. Finalmente informo que sua identidade será preservada tanto durante a condução do estudo como quando publicado em periódicos científicos. A participação no estudo não trará nenhum custo à senhora. A senhora poderá fazer qualquer pergunta durante a leitura desse termo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisador) e a outra, com você (entrevistada).

Em caso de dúvidas e/ou desistência da entrevista, pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética da MEAC por meio do telefone (85) 3366-8569. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Ana Kelve de Castro Damasceno

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8448

E-mail: anakelve@hotmail.com

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____ RG nº _____,
declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo
em participar da pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Testemunha

Assinatura de quem coletou os dados

ANEXO A – VERSÃO PORTUGUÊS FINAL *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 Totalment	Concordo	Concordo Um pouco	Discordo Um Pouco	Discordo	Discordo Totalmente

EXPECTATIVAS – Eu esperava:

Outros Serviços:

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:

Informação do Profissional:

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 Um Pouco	Concordo Um Pouco	Discordo Um Pouco	Discordo Totalmente
--	------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	------------------------

SATISFAÇÃO –

Eu estou satisfeita com:

Cuidado Profissional:

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 Um Pouco	Concordo Um Pouco	Discordo Um Pouco	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 Português Final (VPF) por Prudêncio (2013) do instrumento PESPC de Omar, Schiffman e (2001).

ANEXO B - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ribeirão Preto, 23 de março de 2016

Prezado Igor Cordeiro Mendes,

Autorizamos a utilização da versão Brasileira do Instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) para ser aplicada com gestantes em sua pesquisa de Doutorado vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, sob a orientação da Prof^a Dr^a. Ana Kelve de Castro Damasceno. Agradecemos o interesse pela utilização do instrumento e nos colocamos a disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente

MSc. Patrícia Santos Prudêncio
E-mail: psprudencio@usp.br

Prof^a. Dr^a. Fabiana Vilela Mamede
E-mail: famamede@eerp.usp.br