



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
*CAMPUS* UNIVERSITÁRIO DE SINOP  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KÉTULI LORRAINE DA COSTA BATISTA SILVA

**QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL EM UNIDADES SAÚDE DA FAMÍLIA:  
SATISFAÇÃO E EXPECTATIVA DAS GESTANTES**

SINOP/MT

2018

**KÉTULI LORRAINE DA COSTA BATISTA SILVA**

**QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL EM UNIDADES SAÚDE DA FAMÍLIA:  
SATISFAÇÃO E EXPECTATIVA DAS GESTANTES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Sinop, como requisito para obtenção do título de graduação em Enfermagem.

**Orientadora:** Profa. Ma. Priscilla Shirley Siniak dos Anjos Modes

SINOP/MT

2018

### **Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.**

L876q da Costa Batista Silva, Kétuli Lorraine.

QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL EM UNIDADES SAÚDE  
DA FAMÍLIA: : SATISFAÇÃO E EXPECTATIVA DAS GESTANTES /  
Kétuli Lorraine da Costa Batista Silva. -- 2018  
132 f. : il. color. ; 30 cm.

Orientadora: Priscilla Shirley Siniak dos Anjos Modes.

TCC (graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Mato  
Grosso, Instituto de Ciências da Saúde, Sinop, 2018.  
Inclui bibliografia.

1. Qualidade da assistência à saúde. 2. Cuidado pré-natal. 3.  
Satisfação do paciente. I. Título.



Universidade Federal de Mato Grosso - Sinop  
Instituto de Ciências da Saúde - ICS  
Curso de Enfermagem

### ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CURSO DE ENFERMAGEM

As 08:20 horas do dia 18 do mês de Dezembro do ano de 2018 na sala \_\_\_\_\_ do Bloco Laboratório de  
Práticas Hospitalares compareceram para defesa de Trabalho de Curso de Graduação em requisito obrigatório  
para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, a acadêmica: Ritueli Larosini  
da Costa Batista (Dilma), tendo como Título: Qualidade  
da assistência pré-natal em Unidades Básicas de Saúde da Família:  
satisfação e expectativas dos usuários

Constituíram a Banca Examinadora os (as) Professores:

Professor(a) Orientador(a): Purcella Shirley Diniz dos Anjos Medes ;

Professor(a) Examinador(a): Kamilla Maestri Agostinho ;

Professor(a) Examinador(a): Claudia Regina de Barros Costa ;

Professor(a) Suplente: \_\_\_\_\_

Procedeu-se à arguição, finda a qual os membros da banca reuniram-se para deliberar, decidindo por  
unanimidade pela Aprovação do Trabalho de Curso com nota 9.4.

Para constar foi lavrada a presente ata, que vai datada e assinada pelos examinadores.

Membros da Banca Examinadora:

Purcella Shirley Diniz dos Anjos Medes  
Orientador (a)

Kamilla Maestri Agostinho  
Examinador (a) I

Claudia Regina de Barros Costa  
Examinador (a) II

\_\_\_\_\_  
Suplente

\_\_\_\_\_  
Coordenador (a) do Curso de Enfermagem  
ICS/ UFMT Campus Sinop/MT

\_\_\_\_\_  
Professor da Disciplina TC I

Sinop/MT, 18 de Dezembro de 2018

*Dedico a Deus, por ser essencial em minha vida. À minha família, por ser meu porto seguro e a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização desse sonho.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, pelo dom da vida e pela oportunidade de viver os sonhos que Ele sonhou para mim. Por Ele e para Ele são todas as coisas!

Agradeço aos meus pais Luiz Carlos e Ruth, por incentivarem a seguir em frente, mesmo com as inúmeras dificuldades vivenciadas no caminho. Obrigada por serem minha base até aqui. Amo vocês!

Agradeço à minha irmã Kauani Vitória, minha companheira de vida, que acompanhou de perto minhas frustrações e se alegrou com minhas vitórias. Você foi o motivo da minha superação em cada etapa.

Agradeço os meus familiares que torceram e vibraram com cada conquista alcançada, vocês são muito importantes para mim.

Agradeço à orientadora Priscilla Shirley Siniak dos Anjos Modes, que foi um presente de Deus em minha vida. Obrigada pelos ensinamentos, dedicação e paciência. Aprendi com suas palavras e, ainda mais com sua postura diante da vida. Muito obrigada por tudo! Desejo sucesso em sua caminhada!

Agradeço ao professor Rafael pela colaboração imensurável em minha pesquisa. Muito obrigada pela disponibilidade demonstrada nos momentos em que precisei de auxílio e por todo conhecimento transmitido.

Agradeço aos membros da minha banca examinadora pelas contribuições em meu estudo.

A querida turma com a qual tenho a oportunidade de finalizar essa etapa tão importante. Apesar do pouco tempo em que convivemos, aprendi a amar cada uma de vocês e vou guardá-las em meu coração, torcendo por conquistas ainda maiores em suas vidas daqui para frente.

Agradeço aos amigos e pessoas próximas com os quais convivi ao longo dessa jornada, em especial, Mickael e Jamile Iori, por todo apoio e incentivo nos momentos mais árduos da caminhada. Vocês foram essenciais! Aos integrantes do Projeto João 3:16 e Projeto Intimidade, pelo apoio e compreensão durante esse tempo em que precisei conciliar minhas funções e não pude estar sempre presente na vida de vocês.

Agradeço a Secretaria Municipal de Saúde de Sinop, por concederem a liberação de dados essenciais para realização desta pesquisa.

Aos profissionais de saúde das USF e gestantes que se dispuseram a contribuir com meu estudo.

Agradeço a todos os professores que fizeram parte dessa longa jornada, por compartilharem o conhecimento e exemplo profissional a ser seguido e a Universidade Federal de Mato Grosso, Câmpus Sinop, instituição referência no ensino de qualidade que oportunizou a minha formação acadêmica.

*“Ainda que eu tenha o dom de profetizar e conheça todos os mistérios e toda a ciência; ainda que eu tenha tamanha fé, a ponto de transportar montes, se não tiver amor, nada serei.”*

*(1 Coríntios 13:2)*

## RESUMO

SILVA, K. L. da C. B. **QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL EM UNIDADES SAÚDE DA FAMÍLIA: SATISFAÇÃO E EXPECTATIVA DAS GESTANTES.** 2018. 132f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso, Sinop.

O cuidado pré-natal promove o bem-estar materno e neonatal por meio do acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal, com ações de promoção e prevenção da saúde, diagnóstico precoce e tratamento de patologias que podem ocorrer no período. A avaliação dessa assistência torna-se essencial no diagnóstico situacional e planejamento de ações para adequação das políticas públicas à realidade encontrada. Dessa forma, o presente estudo objetivou avaliar a expectativa e satisfação das gestantes com a qualidade da atenção pré-natal em Unidades Saúde da Família (USF) de Sinop- MT. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva realizada nas dezesseis Unidades Saúde da Família do município. A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2017 a maio de 2018, com instrumento contendo informações de identificação, dados sociodemográficos e demais informações obtidas por escala do tipo Likert. Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas do Office Excel 2013 sendo realizada a análise descritiva. Participaram do estudo 145 gestantes em acompanhamento pré-natal nas USF. Mais da metade eram multigestas (96/66,2%), com idade média de 25 anos, com intervalo de 15 a 39 anos, apresentando idade gestacional entre 18- 28 semanas (44,1%) e 55 (37,9%) realizaram cinco ou mais consultas de pré-natal. Foi identificado o predomínio de alta expectativa para todas as subescalas, demonstrando que a maioria das gestantes esperavam ser atendidas por um nutricionista e assistente social durante o pré-natal e desejavam serem acompanhadas no parto pelo mesmo profissional que realizou o pré-natal. Mais da metade relatou a necessidade de transpor o modelo biomédico, ofertando um cuidado biopsicossocial, integral e personalizado. Houve alta satisfação das gestantes com o cuidado profissional e baixa satisfação com as características do sistema prestador da assistência. Conclui-se que a avaliação da expectativa e satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal nas USF em Sinop-MT resultou em predomínio de alta expectativa e satisfação, sendo que a avaliação permitiu a identificação de aspectos ainda deficitários relacionados à estrutura e organização da assistência, que são valorizados pelas gestantes e que podem ser melhorados, contribuindo para maiores índices de satisfação e conseqüentemente, maior qualificação da atenção pré-natal no município.

**Descritores:** Qualidade da assistência à saúde; Cuidado pré-natal; Satisfação do paciente.

## ABSTRACT

SILVA, K. L. da C. B. **QUALITY OF PRENATAL CARE IN FAMILY HEALTH UNITS: SATISFACTION AND EXPECTATION OF PREGNANT.** 2018. 132p. Course Completion Work (Undergraduate Nursing) - Institute of Health Sciences, Federal University of Mato Grosso, Sinop.

Prenatal care promotes maternal and neonatal well-being through the follow-up of the pregnancy-puerperal cycle, with health promotion and prevention actions, early diagnosis and treatment of pathologies that can occur in the period. The evaluation of this assistance becomes essential in the situational diagnosis and in the planning of actions to adjust public policies to reality. Thus, this study aimed to evaluate the expectation and satisfaction of pregnant women with the prenatal care quality in Family Health Units (FHU) of Sinop-MT. This is an exploratory descriptive research carried out in the sixteen Family Health Units of the municipality. The data collection took place from December 2017 to May 2018, with an instrument containing identification information, sociodemographic data and other information obtained by Likert scale. The data were organized in Office Excel 2013 spreadsheets, being performed the descriptive analysis. A total of 145 pregnant women undergoing prenatal follow-up at FHUs participated in the study. More than half were multigravida (96 / 66.2%), with a mean age of 25 years, ranging from 15 to 39 years, presenting gestational age between 18-28 weeks (44.1%) and 55 (37.9% ) performed five or more prenatal consultations. It was identified the predominance of high expectation for all subscales, showing that most of the pregnant women expected to be attended by a nutritionist and a social worker during prenatal care and wanted to be followed in the delivery by the same professional who performed the prenatal care. More than half reported the need to transpose the biomedical model, offering biopsychosocial care, fully and personalized. There was a high satisfaction of pregnant women with professional care and low satisfaction with the care system. It was concluded that the evaluation of the expectation and satisfaction of the pregnant women with the prenatal care in the FHU in Sinop-MT resulted in a predominance of high expectation and satisfaction, and the evaluation allowed the identification of still deficient aspects related to the structure and organization of the service, which are valued by the pregnant women and can be improved, contributing to higher satisfaction rates and, consequently, greater qualification of prenatal care in the city.

**Descriptors:** Quality of health care; Prenatal care; Patient satisfaction.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Locais de coleta de dados em Unidades Saúde da Família no município de Sinop. MT, 2018.....51
- Figura 2** – Figura explicativa da interpretação dos escores da versão brasileira do instrumento PESPC. Sinop- MT, 2018.....55

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Interpretação dos escores da versão brasileira do instrumento <i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i> (PESPC). Sinop-MT, 2018.....	54
<b>Tabela 2</b> - Análise descritiva da coleta de dados por Unidade Saúde da Família. Sinop-MT, 2018.....	57
<b>Tabela 3</b> - Análise descritiva das características sociodemográficas das gestantes participantes da pesquisa (n= 145). Sinop-MT, 2018. ....	59
<b>Tabela 4</b> - Caracterização dos dados obstétricos das gestantes participantes da pesquisa, de acordo com a idade gestacional, paridade, tipos de parto, aborto, número de consultas realizadas no pré-natal, profissional que realiza o pré-natal (n= 145). Sinop-MT, 2018.....	60
<b>Tabela 5</b> - Análise descritiva geral do domínio expectativa (n=145). Sinop-MT, 2018.....	74
<b>Tabela 6</b> - Soma dos escores do domínio expectativa sobre a subescala 'Cuidado integral' do instrumento PESPC por USF (n=145). Sinop-MT, 2018.....	75
<b>Tabela 7</b> - Soma dos escores do domínio expectativa sobre a subescala 'Seguimento com o mesmo profissional' do instrumento PESPC por USF (n=145). Sinop-MT, 2018.....	76
<b>Tabela 8</b> - Soma dos escores do domínio expectativa sobre a subescala 'Cuidado personalizado' do instrumento PESPC por USF (n=145). Sinop-MT, 2018.....	79
<b>Tabela 9</b> - Soma dos escores do domínio expectativa sobre a subescala 'outros serviços' do instrumento PESPC por USF (n=145). Sinop-MT, 2018.....	80
<b>Tabela 10</b> - Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala cuidado integral do domínio expectativa da versão brasileira do instrumento PESPC (n = 145). Sinop- MT, 2018.....	82
<b>Tabela 11</b> - Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala 'seguimento com o mesmo profissional' do domínio expectativa da versão brasileira do instrumento PESPC (n = 145). Sinop- MT, 2018.....	83
<b>Tabela 12</b> - Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala 'cuidado personalizado' do domínio expectativa da versão brasileira do instrumento PESPC (n = 145). Sinop- MT, 2018.....	84
<b>Tabela 13</b> - Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala outros serviços do domínio expectativa da versão brasileira do instrumento PESPC (n = 145). Sinop- MT, 2018.....	85

<b>Tabela 14</b> - Estatística descritiva dos resultados da subescala do domínio expectativa da versão brasileira do instrumento PESPC referente às participantes do estudo pertencentes as Unidades Saúde da Família (n=145). Sinop-MT, 2018.....	86
<b>Tabela 15</b> - Análise descritiva geral do domínio satisfação (n=145). Sinop-MT, 2018.....	91
<b>Tabela 16</b> - Soma dos escores do domínio satisfação sobre a subescala 'cuidado profissional' do instrumento PESPC por USF (n=145). Sinop-MT, 2018.....	92
<b>Tabela 17</b> - Soma dos escores do domínio satisfação sobre a subescala 'características do sistema' do instrumento PESPC por USF (n=145). Sinop-MT, 2018.....	93
<b>Tabela 18</b> - Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala 'informação do profissional' do domínio satisfação da versão brasileira do instrumento PESPC (n= 145). Sinop – MT, 2018.....	95
<b>Tabela 19</b> - Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala 'cuidado profissional' do domínio satisfação da versão brasileira do instrumento PESPC (n = 145). Sinop- MT, 2018.....	96
<b>Tabela 20</b> - Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala interesse da equipe do domínio satisfação da versão brasileira do instrumento PESPC (n = 145). Sinop- MT, 2018.....	98
<b>Tabela 21</b> - Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala 'características do sistema' do domínio satisfação da versão brasileira do instrumento PESPC (n = 145). Sinop- MT, 2018.....	99
<b>Tabela 22</b> - Estatística descritiva dos resultados das subescalas do domínio satisfação da versão brasileira do instrumento PESPC referente às participantes do estudo pertencentes as Unidades Saúde da Família (n=145). Sinop-MT, 2018.....	101

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1** – Relação de queixas e sugestões manifestadas pelas entrevistadas nas respostas a pergunta aberta 1 (n = 39). Sinop- MT, 2018.....62

**Quadro 2** – Principais respostas apresentadas pelas entrevistadas na pergunta aberta 3 (n = 85). Sinop-MT, 2018.....63

## LISTA DE SIGLAS

**AB-** Atenção Básica

**AU-** Altura Uterina

**BCF-** Batimentos Cardíofetais

**CEM-** Centro de Especialidades Médicas

**DAPES-** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

**DP-** Desvio Padrão

**EAS-** elementos anormais e sedimentos (exame de urina tipo I)

**EUA-** Estados Unidos da América

**ESF –** Estratégia Saúde da Família

**HAS-** hipertensão Arterial Sistêmica

**IG-** Idade Gestacional

**IMC-** Índice de Massa Corporal

**MS-** Ministério da Saúde

**MT-** Mato Grosso

**ODM-** Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

**ODS-** Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

**OMS-** Organização Mundial de Saúde

**ONU-** Organização das Nações Unidas

**PAISM-** Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

**PESPC-** Patient Expectations and Satisfaction With Prenatal Care (Traduzido como “Expectativa e Satisfação do Paciente com o Cuidado Pré-natal”)

**PHPN-** Programa Nacional de Humanização no Pré-natal e Nascimento

**PNAB-** Política Nacional de Atenção Básica

**PMAQ-AB-** Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

**PSI-** Patient Satisfaction Instrument

**PSMI-** Programa de Saúde Materno Infantil

**QPCQ-** Quality of Prenatal Care Questionnaire

**RMM-** Razão de Mortalidade Materna

**SISPRENATAL-** Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

**SUS-** Sistema Único de Saúde

**TCLE-** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UBS-** Unidade Básica de Saúde

**UNICEF-** Fundos das Nações Unidas para a Infância

**UNPFA-** Fundo de População das Nações Unidas

**USF-** Unidade Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
2.1 Objetivo Geral .....	20
2.2 Objetivos Específicos.....	20
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>21</b>
3.1 Consolidação da atenção pré-natal .....	21
3.1.1 Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).....	25
3.2 Mortalidade materna e os esforços para sua diminuição .....	28
3.3 Qualidade da Atenção Pré-natal no Brasil .....	31
3.4 Avaliação em saúde.....	40
3.5 Avaliação da gestante como indicador de qualidade da assistência pré-natal ....	42
3.6 O instrumento “Expectativa e Satisfação do Paciente com o Cuidado Pré-natal” (Patient Expectations and satisfaction with Prenatal Care).....	46
3.6.1 Validação da versão brasileira do instrumento PESPC .....	48
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>50</b>
4.1 Tipo de estudo .....	50
4.2 População, período e local de estudo .....	50
4.3 Coleta e Análise dos Dados.....	52
4.3.1 Autorização para uso do instrumento .....	56
4.4 Aspectos éticos.....	56
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>56</b>
5.1 Resultados relacionados à caracterização sociodemográfica e obstétrica das gestantes e suas experiências e necessidades relacionadas ao atendimento pré- natal no município de Sinop-MT .....	56
5.2 Discussão dos resultados relacionados à caracterização sociodemográfica e obstétrica das gestantes e suas experiências e necessidades relacionadas ao atendimento pré-natal no município de Sinop-MT .....	64

5.3 Resultados referentes à análise descritiva dos dados coletados com a versão brasileira do instrumento Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care (PESPC) do domínio expectativa.....	74
5.4 Frequências das respostas aos itens por subescala do domínio expectativa da versão brasileira do instrumento PESPC .....	81
5.5 Discussão dos resultados referentes à análise descritiva dos dados coletados com a versão brasileira do instrumento Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care (PESPC) do domínio expectativa.....	86
5.6 Resultados referentes à análise descritiva dos dados coletados com a versão brasileira do instrumento Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care (PESPC) do domínio satisfação.....	90
5.7 Frequências das respostas aos itens por subescala do domínio satisfação da versão brasileira do instrumento PESPC .....	94
5.8 Discussão dos resultados referentes à análise descritiva dos dados coletados com a versão brasileira do instrumento Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care (PESPC) do domínio satisfação.....	101
5.9 Limitações do estudo .....	106
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>107</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>108</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>118</b>
<b>APÊNDICE B .....</b>	<b>120</b>
<b>APÊNDICE C .....</b>	<b>121</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>122</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>128</b>
<b>ANEXO C.....</b>	<b>129</b>
<b>ANEXO D.....</b>	<b>130</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O cuidado pré-natal objetiva promover o bem-estar materno e neonatal por meio do acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal, incluindo ações de promoção e prevenção da saúde, além do diagnóstico precoce e tratamento de patologias que podem ocorrer nesse período (BRASIL, 2013).

A qualidade e humanização do atendimento são características fundamentais neste processo, envolvendo conhecimentos, práticas e atitudes na promoção das experiências significativas do parto e puerpério de modo a evitar intervenções desnecessárias, garantindo o nascimento saudável e prevenção de morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009b).

Nesse contexto, a agilidade no sistema de regulação hospitalar e a qualificação da assistência ao parto também podem ser consideradas grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê, capazes de reduzir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2013).

Na busca pela qualificação das Redes de Atenção Materno-Infantil e diminuição da mortalidade materna e neonatal no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) criou em 2011, a Estratégia Rede Cegonha, com o objetivo de implementar uma rede de cuidados que assegure melhorias na assistência, se organizando a partir dos componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção à saúde da criança e sistema logístico, que compreende o transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2013).

Trata-se de uma iniciativa que convoca os gestores, os trabalhadores e a sociedade a refletir e transformar a atenção ao parto e ao nascimento praticado no país, colocando a mulher no papel central para que viva a experiência da gestação, parto e maternidade com segurança (CAVALCANTI et al., 2013).

Outras estratégias ministeriais estão sendo utilizadas como o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, estabelecido em 2004 entre os gestores e sociedade civil como forma de mobilização em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças, na perspectiva de que a defesa do direito à saúde de qualidade é um compromisso de todos (BRASIL, 2007). O pacto tem como meta a redução de mortes em 5% ao ano, sendo que nosso país ainda enfrenta grandes desafios para a

redução desses índices, entre os quais está a necessidade de melhoria da assistência pré-natal (CAVALCANTI et al., 2013).

Os investimentos voltados à qualificação da assistência pré-natal, dos profissionais responsáveis pelos atendimentos e melhoria das estruturas físicas dos estabelecimentos de saúde podem contribuir diretamente na redução da morbimortalidade materna (BARBOSA; VIANA FILHO, 2016). Nesse sentido, pode-se citar a implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) pelo MS em 2011 por meio da Portaria nº 1.654 (BRASIL, 2011c) que busca a implantação de mudanças no processo de trabalho com impacto no acesso e na qualidade dos serviços de saúde.

No entanto, apesar da evidente ampliação da cobertura do acompanhamento pré-natal no Brasil ao longo dos últimos anos, a qualidade da assistência ainda continua comprometida, resultando em elevados índices de inadequação que evidenciam a necessidade de melhoras significativas em vários aspectos (NUNES et al., 2016), afim de se evitar desfechos desfavoráveis de morbimortalidade materna e neonatal.

Portanto, há uma crescente preocupação com a qualidade da atenção pré-natal e puerperal no Brasil, com esforços para a reorganização da assistência pautando-a na compreensão da integralidade da mulher e de sua família, construindo uma cultura de respeito aos direitos humanos.

Considerando a necessidade de atender às demandas dos usuários e cumprir para com os princípios da atenção primária, a avaliação em saúde deve se tornar frequente, para que haja a identificação dos problemas existentes, direcionando as práticas futuras e elegendo as prioridades, de acordo com as características sociais e demográficas da população atendida (POLGLIANE et al., 2014).

Um dos princípios do Sistema único de Saúde (SUS) é o controle social, que é exercido quando o usuário ganha voz e sua participação é fortalecida. Desse modo, a pesquisa avaliativa sob a ótica da gestante representa um mecanismo importante na promoção da qualidade do serviço de atenção pré-natal, pois permite que ela monitore e controle as atividades, participando efetivamente do processo (PRUDÊNCIO, 2012).

Apesar de existirem inúmeras políticas públicas que buscam garantir os direitos das gestantes, como o mínimo de consultas pré-natais e atendimento humanizado, essa ainda não é a realidade vivenciada por muitas mulheres no Brasil (SANTOS et al., 2018). Portanto, a qualificação dos serviços oferecidos à comunidade ainda se apresenta como

um desafio para gestores e administradores dos serviços de saúde, como também a satisfação dos usuários tem sido tema bastante explorado nas últimas décadas, porém, ainda são poucas as avaliações que englobam os diferentes atores na produção de saúde (SERAPIONI, 2009).

Ao longo das experiências no atendimento a gestantes durante as atividades práticas da graduação em enfermagem (Projetos de extensão e estágio supervisionado), a partir da reflexão a respeito do controle social e da importância de compreender a percepção desse público sobre a assistência recebida no SUS, despertou-se o interesse em relação ao estudo da qualidade da atenção pré-natal em Sinop-MT.

Diante do exposto, o presente estudo teve como pergunta norteadora: “Qual a percepção das gestantes a respeito da qualidade da assistência pré-natal recebida no município de Sinop-MT? ”. Buscou-se avaliar a expectativa e satisfação das mulheres usuárias do serviço das Unidades Saúde da Família (USF) do município, considerando a hipótese de que, à medida que elas estivessem muito satisfeitas com o atendimento pré-natal que vem sendo prestado nestes serviços de saúde, mais baixas seriam suas expectativas em relação a qualidade do pré-natal nas unidades de saúde estudadas.

O presente estudo pretende contribuir com o conhecimento da qualidade do cuidado pré-natal a partir da percepção das usuárias do serviço, no âmbito da atenção primária em nosso município, visto que são poucas as evidências de estudos desta natureza em nossa região. Acredita-se que os resultados produzidos serão úteis na identificação de lacunas existentes na assistência pré-natal local, subsidiando ações de melhorias por parte de gestores e profissionais na busca pela qualidade dos cuidados prestados.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

Avaliar a expectativa e satisfação das gestantes com a qualidade da atenção pré-natal nas Unidades Saúde da Família de Sinop- MT.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Analisar as expectativas e a satisfação com o atendimento pré-natal entre as gestantes atendidas nas Unidades Saúde da Família no município de Sinop - MT.
- Identificar a percepção das gestantes sobre a assistência pré-natal recebida nas Unidades Saúde da Família do município de Sinop/MT.
- Avaliar a adequação da atenção pré-natal segundo os critérios determinados pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Consolidação da atenção pré-natal

Considerando o contexto histórico no qual se desenvolveram as políticas nacionais de saúde, observamos uma visão restrita a respeito da saúde da mulher, limitada ao atendimento das necessidades relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal da mesma. Como resultado, os programas materno-infantis elaborados durante o século XX foram duramente criticados pelo movimento feminista brasileiro por ter o foco apenas nos aspectos biológicos e no papel social de mãe que presta cuidados à família (BRASIL, 2011).

No que se refere aos programas voltados à saúde da mulher e da criança no século passado, inclui-se o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), elaborado na década de 70 pelo Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de reduzir a morbidade e mortalidade materno-infantil e que se caracterizou pelo excesso de intervenções médicas sobre o corpo feminino, levando ao aumento do número de cesarianas e esterilização como método contraceptivo preferencial (SANTOS NETO et al., 2008).

Esse programa tinha um enfoque reprodutivo, formalizando ações de assistência à gestação, parto e puerpério, por meio de métodos como imunizações, suplementação alimentar e acompanhamento de anemia, infecções urinárias, hipertensão arterial sistêmica, entre outros problemas relacionados ao ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 1975).

Afim de evoluir no aspecto reducionista de atenção à saúde da mulher, criou-se em 1984, paralelamente ao processo de construção do SUS, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incorporou novos princípios e diretrizes na política voltada à saúde materno-infantil, bem como a integralidade da atenção prestada a mulher (BRASIL, 1984).

Foram instituídos ao longo do tempo, vários programas e políticas públicas nacionais direcionados à saúde da mulher a partir da Atenção Básica (AB), entre eles, o Programa Nacional de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) buscando ampliar o acesso das usuárias ao pré-natal, eleger critérios de qualidade para as consultas e estabelecer vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto (BRASIL, 2000).

Frente a necessidade de adotar medidas de melhorias do PHPN, instituiu-se em 4 de julho de 2005, a Política Nacional de Atenção obstétrica e Neonatal, através da Portaria Nº. 1.067 (BRASIL, 2005), a ser executada em todos os âmbitos de governo ampliando as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, incluindo a disponibilização do Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) para todos os municípios (BRASIL, 2005).

Prevendo ações para a ampliação e melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança, o MS normatizou a Estratégia Rede Cegonha em 24 de junho de 2011, por meio da Portaria nº 1.459 (BRASIL, 2011b) abrangendo estratégias que se estendem do planejamento familiar até ações voltadas ao atendimento da criança de até dois anos de idade (CASSIANO et al., 2014).

A medida que as políticas de saúde se consolidavam no cenário nacional, foi aprovada no ano de 2011 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como uma prioridade na rede de atenção à saúde, orientada pelos princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, integralidade, responsabilização, continuidade do cuidado, equidade, humanização e participação social (BRASIL, 2012a).

No mesmo ano também foi estabelecido o PMAQ-AB que incentiva os gestores a promoverem melhoras nos serviços oferecidos pelas equipes de AB, de modo a garantir um padrão de qualidade através de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes, vinculando repasses de recursos aos municípios participantes conforme o desempenho alcançado na implantação e desenvolvimento dos elementos avaliados pelo programa (BRASIL, 2012b).

Entre os seus objetivos específicos, destacamos: aumentar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos usuários; fornecer padrões de boas práticas e organização das unidades básicas de saúde (UBS) que norteiem a melhoria da qualidade da AB; promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB; promover a qualidade e inovação na gestão; melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação; institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no Sistema Único de Saúde (SUS) e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; estimular o foco da AB no usuário (BRASIL, 2012b).

É composto por quatro fases (Adesão e contratualização; Desenvolvimento; Avaliação externa; Recontratualização) e define um amplo elenco de situações através de seus padrões de qualidade, incitando os sujeitos envolvidos a reconhecê-las, problematizá-las, definir as prioridades e pensar modos de intervir na realidade, além de gerir o processo de mudança; ele avalia, reconhece e recompensa aqueles que avançam na direção dos resultados esperados (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

As equipes de saúde assumem o compromisso de seguir regras do programa e diretrizes organizantes do processo de trabalho, como a implantação de padrões de acesso e qualidade e a avaliação *in loco* realizada por avaliadores, enquanto que os municípios participantes devem se adequar às exigências de informação e monitoramento, além do desenvolvimento de ações de educação permanente e apoio às equipes em todas as ações do programa (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

O PMAQ-AB reforça a importância de ajustar os serviços e práticas da AB a partir das necessidades dos usuários, acompanhando o ciclo de evolução das mudanças e mantendo canais de escuta tanto de gestores quanto dos trabalhadores e usuários (BRASIL, 2012b). Conforme Silva, Andrade, Bossi (2014), a avaliação dos aspectos qualitativos do pré-natal a partir da avaliação de usuárias pode impulsionar estratégias de melhorias na atenção obstétrica.

O foco nas necessidades das usuárias e na qualidade do serviço prestado durante o pré-natal são os dois pilares fundamentais no delinear do diagnóstico situacional do cuidado à saúde materna e neonatal, direcionando o planejamento de ações e políticas efetivas para o alcance das melhorias necessárias. De acordo com Barbosa, Gomes e Dias (2011), a qualidade é modificada quando o serviço leva em conta as reações dos clientes ao atendimento prestado.

Os resultados de pesquisas posteriores a sua implantação demonstram que as equipes da AB atuam cada vez mais como porta de entrada preferencial, atendendo a demandas diversas e exercendo a função de filtro para a atenção especializada (FAUSTO et al., 2014).

Isso vai de encontro ao estabelecido por Brasil (2012b) que define a atenção básica como sendo o contato e porta preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde, considerando o indivíduo em sua singularidade e buscando oferecer uma atenção integral, promovendo saúde, prevenindo, diagnosticando, tratando, reabilitando e reduzindo danos que comprometam sua autonomia.

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabeleceu uma revisão das diretrizes da PNAB no âmbito do SUS, afirmando a USF como modelo bem-sucedido de organização da atenção básica, devido sua capacidade de resolver as demandas da população (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, o modelo assistencial desenvolvido pelas USF por meio da Unidade Básica de Saúde (UBS), se torna essencial para a organização e fortalecimento da atenção básica. A partir do acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, são desenvolvidas ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (BRASIL, 2012a).

Desta forma, a atenção pré-natal em nosso país ocorre em sua maior parte, na atenção primária desenvolvida por meio da USF, que deve ser prioritariamente, a porta de entrada da gestante no sistema de saúde, articulada aos demais níveis de atenção, para uma gestão efetiva das necessidades da população abrangente, com protocolos locais e fluxos desenvolvidos para as usuárias de cada localidade visando a integralidade da assistência prestada (BRASIL, 2013), sendo identificados avanços positivos na consolidação das USF na ampliação dessa atenção à saúde da mulher e da criança ao longo dos últimos anos (FERTONANI et al., 2015).

O cuidado pré-natal tem como principal objetivo amparar a mulher desde o início da gestação, a fim de garantir o bem-estar materno e neonatal através do acompanhamento com ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da mãe e da criança, contribuindo para o alcance de metas ministeriais a despeito da redução da morbimortalidade materna, buscando proporcionar um atendimento humano e de qualidade (BRASIL, 2006).

Além disso, a assistência pré-natal também tem a função de orientar as gestantes para que as mesmas encarem, de maneira consciente, as transformações físicas e psicológicas ocorridas no período gestacional, parto e puerpério (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011), reduzindo desta forma a ansiedade gerada por estas mudanças, que não deve ser, em momento algum, desconsiderada pelos profissionais envolvidos (SANTOS et al., 2018).

Logo, o acompanhamento da gestante deve ser multiprofissional e realizado pela equipe com dedicação, sensibilidade e competência, fornecendo apoio e se mantendo atenta para grupos suscetíveis (adolescentes, imigrantes, mulheres com estrutura

familiar comprometida, entre outros), considerando que os atendimentos clínicos durante o pré-natal de baixo risco podem ser realizados por médicos e enfermeiros de maneira intercalada (AMARAL et al., 2017).

Para realizar este acompanhamento de forma efetiva e com qualidade, os estados e municípios devem garantir a atenção pré-natal de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo MS: captação precoce da gestante para a primeira consulta até 120 dias da gestação; realização de, no mínimo, seis consultas pré-natais sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação; promoção de escuta ativa da gestante e de seus acompanhantes e atividades educativas individuais ou em grupos, com linguagem de fácil compreensão e esclarecimento de dúvidas; garantia dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à assistência; Viabilização da solicitação, realização e avaliação dos exames complementares preconizados no pré-natal (ABO-Rh, Hemoglobina/Hematócrito, Glicemia de jejum, exame de urina tipo I/ EAS, VDRL, Testagem Anti-HIV, Sorologia para hepatite B, Sorologia para Toxoplasmose); imunização antitetânica (BRASIL, 2013).

Acrescidos a estes parâmetros, deve-se estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto"; classificação de risco gestacional, detecção de problemas e tratamento de intercorrências; avaliação do estado nutricional da gestante; prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama; realização da consulta puerperal até o 42º dia pós-parto (BRASIL, 2013).

Uma atenção pré-natal de qualidade e humanizada tem como características o acolhimento dos usuários e valorização de todos os envolvidos, favorece o empoderamento e a participação da mulher como sujeito social pleno de seus direitos (BRASIL, 2006). O processo de humanização destaca ainda o protagonismo das usuárias do serviço enquanto sujeitos de direitos e a valorização de todos os demais envolvidos na atenção à saúde, incluindo os profissionais prestadores da assistência e gestores (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009).

### 3.1.1 Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)

A humanização é definida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) como a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores envolvidos na produção de saúde,

perpassando o estabelecimento de vínculos solidários entre os sujeitos e considerando seu protagonismo e autonomia, bem como a participação coletiva na gestão e elaboração de tramas de cooperação.

Moreira et al (2015) reafirmam esse conceito, considerando que a humanização está associada a qualidade do cuidado prestado, portanto, apesar dos muitos conceitos, as maneiras de perceber a humanização não se dissociam da sua prática.

Nessa perspectiva, o acesso ao pré-natal não se limita apenas a recepção inicial da usuária, mas compreende o acolhimento, comunicação e escuta da mesma, onde os profissionais buscam compreender os significados da gestação para a mulher e sua família, apoiando sua atuação na humanização do cuidado (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014).

Desta forma, a comunicação efetiva, sensibilidade e capacidade de percepção são habilidades que precisam ser desenvolvidas pelos profissionais para transmissão efetiva do saber em saúde (SANTOS et al., 2018), tornando-se indispensáveis simples atitudes como a de chamar a gestante pelo nome, se apresentar, explicar os procedimentos que são realizados, oferecer escuta ativa, garantir privacidade e incentivar a assiduidade do acompanhante (BRASIL, 2012a).

Santos et al (2018) afirmam que essas ações de acolhimento e comunicação efetiva contribuem para que as mulheres se sintam acolhidas, respeitadas e valorizadas, empoderando-as nesse processo gestacional. Por conseguinte, a escuta se torna um excelente recurso na identificação das necessidades de cada mulher para que, direcionando as orientações oportunas (GUERREIRO et al., 2012).

Instituído em 2000, por meio da Portaria nº 569 de 1 de junho (BRASIL, 2000), o PHPN propôs a humanização da assistência obstétrica e neonatal como premissa fundamental para o acompanhamento adequado do parto e puerpério, com a convicção de que o serviço de saúde tem o dever de receber e acolher a mulher, o recém-nascido e seus familiares com dignidade, favorecendo o acesso e a qualidade da assistência à saúde materno-infantil (BRASIL, 2000).

Sena (2014, p. 11) reforça ainda que as principais estratégias do PHPN são: “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e puerpério”. O programa integra três componentes: o primeiro refere-se ao incentivo financeiro à assistência pré-natal estimulando os estados e municípios à realizarem o acompanhamento e cadastramento adequado das gestantes

no sistema informatizado SISPRENATAL- Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – utilizado pelos municípios que aderem ao PHPN; o segundo trata da Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal na área hospitalar; e o terceiro componente institui nova sistemática de pagamento da assistência ao parto (BRASIL, 2000).

O SISPRENATAL foi o instrumento de gestão que permitiu o acompanhamento da adesão ao programa e do cumprimento de metas a nível nacional. Juntamente com indicadores de processo e de impacto, esse monitoramento de resultados é uma ferramenta importante de gestão, influenciando ações estratégicas, baseadas no perfil do público alvo (BARBOSA; VIANA FILHO, 2016).

Cada município se responsabilizar por inserir no programa os dados do acompanhamento da gestante do início da gravidez até o puerpério, possibilitando assim, uma visão geral das condições de saúde das mulheres e o monitoramento por regiões, facilitando os repasses financeiros de acordo com as necessidades apresentadas em cada região do país (CASSIANO et al., 2014).

O PHPN estabelece ainda, as responsabilidades dos três níveis de governo, cabendo ao gestor federal articular a implantação e mecanismos de controle do processo com os estados, municípios e Distrito Federal e deve prestar assessoria técnica aos Estados na elaboração dos Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, na estruturação das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na instalação dos Sistemas Móveis de Atendimento (BRASIL, 2002).

Já os Estados têm a responsabilidade de elaborar os Planos Regionais juntamente com as Secretarias Municipais de Saúde, estruturar e garantir o funcionamento das Centrais Estaduais de Regulação Obstétrica e Neonatal, colaborar com os municípios na estruturação das suas centrais de regulação como na implantação de sistemas móveis de atendimento hospitalar, acompanhar os indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, além da alocação de recursos adicionais próprios para desenvolver o Programa (BRASIL, 2002).

Em se tratando dos municípios, estes devem participar da elaboração dos Planos Regionais, garantir o funcionamento da Central Municipal de Regulação Obstétrica e Neonatal e do sistema móvel de atendimento, garantir o atendimento pré-natal e puerperal oferecido em seu território, realizar o cadastramento e acompanhamento de suas gestantes no SISPRENATAL, viabilizar a realização dos exames laboratoriais

complementares preconizados no pré-natal e, ainda, assegurar a referência, internamente ou em outro município, para a assistência da gestante de alto risco. Também é da competência dos gestores municipais, promover o transporte da gestante para as consultas pré-natais e para o parto com acompanhamento de profissional de saúde, até o serviço de referência (BRASIL, 2002).

Mesmo que a adesão dos municípios ao programa tenha sido significativa no início, os indicadores de processo do programa avaliados em estudos recentes, demonstram que a sua abrangência ainda está aquém do desejado e há muitas metas a serem alcançadas. Além disso, o SISPRENATAL parece apresentar falhas de registro comparado a outras fontes de informação (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Para Andreucci e Cecatti (2011), cabe aos gestores de todos os âmbitos aumentarem a cobertura global do programa, incentivando o cumprimento de todas as metas propostas e preocupando-se em assegurar a documentação correta dos dados obtidos no acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério.

Embora o PHPN exista há mais de uma década, há um longo caminho a ser percorrido no processo de humanização na área da saúde. E conforme Genovez et al (2008), esse processo pode se concretizar de fato, quando as políticas sociais forem colocadas acima dos interesses econômicos, com valorização da vida em detrimento dos interesses lucrativos.

Dessa forma, torna-se inquestionável que a humanização do cuidado pré-natal, quando colocada em prática, contribui na adequação da assistência a gestante e recém-nascido, diretamente relacionada a redução de mortes evitáveis e melhoria na saúde do binômio mãe-filho (LAUDANO, 2012).

### 3.2 Mortalidade materna e os esforços para sua diminuição

A Mortalidade materna é considerada uma grave violação dos direitos humanos das mulheres, pois sua causa é evitável em 92% dos casos e possui índices alarmantes nos países em desenvolvimento. No entanto, a redução da mesma ainda é um grande desafio para os serviços de saúde e para a sociedade em todo o mundo (BRASIL, 2009a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define morte materna como sendo a morte de uma mulher durante o período da gestação ou até 42 dias após o término da mesma, que tenha sido provocada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas relativas a ela (BRASIL, 2009a).

No ano de 2005, segundo estudo elaborado pela OMS, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Fundo de População das Nações Unidas (UNPFA) e Banco Mundial, cerca de 536.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações inerentes ao ciclo gravídico-puerperal, sendo evidenciadas as discrepâncias entre países desenvolvidos e em desenvolvimento (BRASIL, 2009a).

No Brasil, os registros mostram uma redução da Razão de Mortalidade Materna (RMM) desde 1990, ano em que esse indicador era de 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos, decaindo para 75/100.000 nascidos vivos em 2007 (BRASIL, 2013) e para 68/100.000 nascidos vivos no ano de 2010 (BRASIL, 2012c).

O índice de RMM elevada é um indício de condições socioeconômicas precárias e menor acesso à ações e serviços de saúde qualificados (BRASIL, 2011a) e seus resultados no Brasil refletem a existência de falhas nos serviços de atenção básica (BRASIL, 2014b) considerando-se ainda que as principais causas de mortalidade materna no país continuam sendo as síndromes hipertensivas, as hemorragias e as infecções puerperais (LOPES et al., 2017).

Diante dos esforços globais no desenvolvimento de estratégias capazes de reduzir a mortalidade materna, esta foi estabelecida como a quinta meta a ser perseguida dentro do Projeto “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” (ODM) assinado em 2000 por 191 nações, incluindo o Brasil, como uma estratégia conjunta visando a construção de uma sociedade mais justa, reduzindo as desigualdades e melhorando o desenvolvimento humano no mundo (BRASIL, 2014a).

O quinto ODM compreende duas metas globais, sendo a meta “A”, reduzir a mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990, que era de 141 óbitos por 100 mil nascidos vivos e a meta “B” correspondente a universalização do acesso à saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2014a).

Portanto, a RMM é o principal indicador da meta A e tem se reduzido de forma acentuada no Brasil desde os anos 2000. Dos 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 1990, a taxa ficou em menos de 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos no ano de 2011, sendo identificado um desempenho melhor que as médias registradas nos países em

desenvolvimento, mas ainda muito aquém à taxa proposta pela OMS de 20/100.000 (BRASIL, 2014a).

A luta nacional contra os elevados índices de mortalidade materna e neonatal foi sistematizada em março de 2004 através da criação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal com o objetivo principal de melhorar a qualidade de vida das mulheres e crianças, estabelecendo a meta de reduzir as mortes em 5% ao ano (CASSIANO et al., 2014). Esta pactuação entre gestores e sociedade civil é considerada pela Organização das Nações Unidas (ONU) como modelo de mobilização e diálogo social no desenvolvimento dos ODMs (BRASIL, 2007).

Diante de todos os esforços ministeriais para o cumprimento dos ODM, houve uma redução significativa das taxas de morbimortalidade, porém, os índices ainda permanecem elevados (CASSIANO et al., 2014) e a meta de reduzir a mortalidade materna em 3/4 entre 1990 e 2015, não foi atingida (WHO, 2016).

Com o fim da iniciativa dos ODM em 2015 constatou-se que muitas metas de desenvolvimento foram atingidas globalmente e outras, apenas em alguns países (SOUZA, 2015). Entretanto, o desafio foi sucedido pela nova iniciativa mundial dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que incentiva esforços para que haja a redução da taxa de mortalidade materna global como parte de sua terceira meta intitulada “Assegurar uma vida saudável e promover bem-estar para todos em todas as idades” (UN, 2015).

Considerando que atualmente a RMM global se encontra em torno de 210 mortes para cada 100.000 nascidos vivos, o esforço seria no sentido de reduzir essa taxa para menos de 70/100.000 até o ano de 2030, cerca de dois terços da RMM nos países participantes (UN, 2015).

No Brasil, medidas como a captação precoce das gestantes para a primeira consulta pré-natal, realização das imunizações e dos exames laboratoriais básicos preconizados pelo Ministério da Saúde, têm se mostrado efetivas na melhoria da qualidade de vida das mulheres e da população em geral (LAUDANO, 2012).

Carvalho et al (2015) verificaram em sua análise sobre a prevenção da mortalidade materna no Brasil que, mesmo que assistência pré-natal não consiga evitar as principais complicações do parto e puerpério, a qualificação do cuidado favorece o prognóstico materno, evitando maiores implicações através da identificação precoce dos diferentes riscos obstétricos bem como a intervenção em tempo adequado.

Portanto, um pré-natal qualificado é essencial para a redução de mortes maternas e neonatais, por causas diretas ou indiretas, sendo atualmente, um desafio para o Brasil que, mesmo com os inúmeros avanços tecnológicos e científicos, continua tendo a mortalidade materna como um problema de saúde pública (CARVALHO et al., 2015).

### 3.3 Qualidade da Atenção Pré-natal no Brasil

A qualidade do cuidado é considerada um conceito multidimensional que pode ser entendida à luz dois seguintes aspectos: a estrutura da organização de cuidado e as preferências dos pacientes (GALLE et al., 2015).

No Brasil, o PHPN foi instituído com o objetivo de organizar a assistência obstétrica e neonatal, definindo os critérios mínimos para a garantia de um acompanhamento pré-natal de qualidade (BRASIL, 2000). Dessa maneira, o SUS precisa estar direcionado e capacitado para uma atenção integral a saúde da mulher, assegurando os direitos da mesma (BRASIL, 2011a).

Após a criação do programa, o acesso à assistência pré-natal foi de fato ampliado, conforme mostra um estudo nacional realizado por Viellas et al (2014) no qual observou-se valores de cobertura pré-natal superiores a 90% em todas as regiões do país. Mas apesar da alta cobertura dessa assistência alcançada, a qualidade da atenção praticada ainda preocupa (GOUDARD et al., 2015).

Esse fato é reforçado por uma análise de vários estudos brasileiros que demonstrou essa elevação da cobertura pré-natal ao longo da última década contraposta a baixos índices de adequação que variam de 4,5% a 66,1% em várias regiões, no estudo de diversos indicadores de qualidade (NUNES et al., 2016).

A implantação do PHPN pelo MS no ano 2000 representou uma iniciativa inédita na saúde pública brasileira, havendo desde então um crescente interesse em relação à qualidade do cuidado pré-natal prestado aos usuários, sendo objeto de muitos estudos em várias regiões do país (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Nesse sentido, considera-se que a atenção pré-natal de qualidade ocorre com o acolhimento da gestante e de sua família, havendo a adoção de ações em todos os níveis de atenção: promoção da saúde, prevenção de agravos e detecção precoce e tratamento de complicações que possam surgir neste período, de modo a atender às

reais necessidades das mulheres e em conformidade com os parâmetros estabelecidos pelo MS (BRASIL, 2006).

Brasil (2012b) reforça que o serviço de saúde deve receber e ouvir todas as pessoas que o procuram, assumindo sua função central de acolher, oferecendo respostas positivas para resolução de problemas de saúde ou redução de danos. Essa proximidade e capacidade de vinculação são essenciais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção (BRASIL, 2012b).

Se faz necessário também neste contexto, o entendimento da mulher quanto às suas necessidades e expectativas em relação à gravidez, parto e puerpério, que só pode ocorrer através da escuta qualificada e individualização do cuidado. Deve haver esforços da equipe assistencial na compreensão da integralidade do cuidado, reconhecendo valores, crenças, situação conjugal e familiar, condição socioeconômica, com uma postura que demonstre a valorização da mulher como cidadã plena de direitos (BRASIL, 2014a).

Desse modo, a humanização da atenção em saúde é importante e deve ser contínua, requerendo uma constante reflexão sobre os atos, condutas e comportamentos de cada indivíduo envolvido no processo. Brasil (2011a, p. 60) considera que:

A humanização e a qualidade da atenção são indissociáveis. A qualidade da atenção exige mais do que a resolução de problemas ou a disponibilidade de recursos tecnológicos. E humanização é muito mais do que tratar bem, com delicadeza ou de forma amigável.

Além disso, as práticas educativas, individuais ou coletivas, também devem ser priorizadas nos atendimentos para que as gestantes encarem de maneira consciente, as transformações físicas e psicológicas ocorridas no período gestacional, parto e puerpério, diminuindo a possibilidade de complicações relacionadas a ansiedade (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011). Além do que, essas práticas permitem a troca de experiências e estabelecimento de vínculo com o profissional de saúde (MOREIRA, 2013).

Conforme constatado por Silva, Lima e Osório (2016) em uma revisão sistemática com o objetivo de avaliar os impactos de estratégias educacionais desenvolvidas no pré-natal de baixo risco, no qual concluiu-se que as ações apresentam impactos positivos reduzindo os anseios das mulheres durante a gestação e preparando-as para o

puerpério, contribuindo assim, para resultados obstétricos favoráveis. No estudo, as ações se mostraram ainda mais eficazes nos casos em foram estendidas até o pós-parto (SILVA; LIMA; OSÓRIO, 2016).

Costa et al (2013) acentuam que a construção de vínculos entre a mulher e os profissionais por meio de ações de saúde assertivas que envolvam a conscientização da gestante sobre a necessidade de assumir a autonomia de sua saúde no processo gestacional, podem colaborar para maior adesão ao pré-natal.

Logo, as consultas de pré-natal devem propiciar tempo para a realização de exames clínicos, mas entende-se como indispensável a valorização dos momentos de diálogo, escuta objetiva e orientações para que seja estabelecida uma atmosfera de empatia, colaboração e confiança (BRASIL, 2013), sendo que a liberdade para o esclarecimento das dúvidas da gestante durante as consultas pode contribuir para o aumento da satisfação da mesma com o serviço (ANDRADE; CASTRO; SILVA, 2016).

Por conseguinte, uma equipe de saúde que não se preocupa em criar vínculo com a gestante, pode enfrentar problemas, refletidos no maior risco de desistência ou de menor frequência no acompanhamento Pré-natal (ALMEIDA; TANAKA, 2009).

A consulta de pré-natal quando não é percebida pelas gestantes como um momento de acolhimento, cuidado e ações educativas pode diminuir a satisfação e confiança da gestante no profissional que se encontra conduzindo seu pré-natal. Essa diminuição se torna preocupante, pois favorece a redução do vínculo profissional-paciente, levando à desistência do pré-natal. Esse último fato tem relação direta com o aparecimento das complicações na gestação, parto e puerpério, como a mortalidade materna e neonatal, prematuridade, aumento de sífilis congênita, infecção urinária e hemorragia puerperal em razão da falta de acompanhamento e adesão ao pré-natal de baixo risco.

Brasil (2006), enfatiza que as condutas dos profissionais precisam ser potencializadas pela compreensão dos aspectos emocionais presentes no período gravídico-puerperal, valorizando a individualidade de cada mulher, escutando-a e demonstrando empatia, fortalecendo assim, o vínculo e a relação de confiança.

Nesse sentido, Ortiga, Carvalho e Pelloso (2015), com o objetivo de identificar a percepção de gestantes sobre a assistência pré-natal no serviço público, constataram a importância dada pelas mulheres ao relacionamento interpessoal, vínculo com a equipe de saúde e acolhimento recebido.

Guerreiro et al (2012) corroboram com esse fato em seu estudo onde as gestantes elencaram o bom acolhimento e educação em saúde entre os principais fatores de qualificação do pré-natal, além de outros como a atenção integral, número mínimo de seis consultas, referência e contra referência, assiduidade do enfermeiro e efetividade do trabalho em equipe.

Diante disso, os profissionais possuem um novo desafio no campo de atuação com as gestantes, pois precisam se capacitar para atender as necessidades das usuárias com orientações assertivas, claras e compreensíveis, esclarecendo as dúvidas manifestas no atendimento e promovendo a autonomia da mulher, o que se reflete num curso saudável e qualificado da gestação (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011)

Com o objetivo de direcionar a organização da rede assistencial, capacitação profissional e normatizar as práticas de saúde, o MS elaborou o manual “Pré-Natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada” em 2005 (reeditado em 2006) de acordo com as considerações e direcionamentos da OMS e princípios da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2006).

De acordo com o manual “Pré-Natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada”, o atendimento e acompanhamento de pré-natal deve conter em seu roteiro a realização da anamnese, abordando os seguintes aspectos: os antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos, situação da gravidez atual; a aferição do peso e medida da estatura com avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional; aferição de pressão arterial; cálculo e anotação da idade gestacional (IG) e da data provável do parto; a palpação obstétrica e a medida e a avaliação da altura uterina (AU); a ausculta e a avaliação dos batimentos cardíofetais (BCF); a verificação da presença de edema; o exame clínico das mamas com orientações de preparo para o aleitamento materno; o exame especular e o toque vaginal se houver necessidade e, quando for realizada coleta de material para exame colpocitológico; a prescrição de suplementação de sulfato ferroso e de ácido fólico e a referência para atendimento odontológico (BRASIL, 2006).

Para Brasil (2013), os determinantes decisivos dos indicadores de saúde do binômio mãe-filho, capazes de reduzir as principais causas de mortes maternas e neonatais incluem a detecção e intervenção precoce das situações de risco, um sistema de regulação hospitalar eficiente e práticas qualificadas na assistência ao parto- como o direito ao acompanhante, humanização, acolhimento, ambiência e boas práticas.

Carvalho et al (2015) afirmam que a partir do momento que as mulheres têm acesso a um serviço pré-natal qualificado a ponto de identificar precocemente e controlar apropriadamente os fatores de risco para as mesmas, pode-se então considerar o acompanhamento como sendo efetivo, com impacto na redução da morbimortalidade materna.

A atenção pré-natal de qualidade abrange também a garantia da imunização antitetânica e para Hepatite B; a avaliação do estado nutricional e seu rigoroso monitoramento, prevenção e tratamento de comorbidades; a prevenção e o detecção do câncer de colo do útero e de mamas; a classificação do risco gestacional e detecção precoce de problemas; o atendimento e tratamento das intercorrências; o registro de todas as informações no prontuário, cartão da gestante e SISPRENATAL (BRASIL, 2006).

Cesar et al. (2008) ponderam em seu estudo que a imunização contra Tétano neonatal, a realização das seis consultas médicas preconizadas e dos exames laboratoriais e clínicos básicos durante o pré-natal, podem contribuir na diminuição de 10% nos óbitos infantis no país.

O não cumprimento dos requisitos mínimos propostos pelo MS na assistência primária pode acarretar em prejuízos no planejamento e execução da assistência aos usuários, impossibilitando desta forma a continuidade da assistência e, conseqüentemente, descumprindo os princípios do SUS (BRASIL, 2013).

Uchimura et al (2014) sustentam que descumprimentos de normas e rotinas pelos profissionais, impossibilitam conhecer a assistência que está sendo prestada. Sendo que, os cumprimentos destes mesmos requisitos garantem os melhores resultados possíveis.

A OMS elaborou um guia no ano de 2016 contendo 49 recomendações sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez com a finalidade de complementar as orientações já existentes e refletir acerca da gestão de complicações especificamente relacionadas com a gestação, priorizando a saúde e o bem-estar centrados nos indivíduos. As orientações se destinam a servir de base para a formulação de políticas de cuidados de saúde e de protocolos clínicos, estando sujeito a revisões e atualizações periódicas (OMS, 2016).

A diretriz propõe algumas mudanças no modelo de atenção pré-natal destacando que o “contato” da mulher com o profissional de saúde deve ser mais do que uma simples

“visita”, deve ser uma oportunidade para cuidados qualificados durante toda a gestação, ou seja, uma conexão ativa entre ambos os envolvidos (TUNÇALP et al., 2017).

Estão entre as recomendações: pré-natal com o mínimo de oito consultas para reduzir a mortalidade perinatal e melhorar a experiência de atendimento às mulheres; aconselhamento sobre alimentação saudável e manutenção de atividades físicas durante a gravidez; suplementação diária por via oral de ferro e ácido fólico com 30 mg para 60 mg de ferro elementar e 0.4 mg de ácido fólico para as gestantes evitarem anemia materna, sepse puerperal, baixo peso do bebê e nascimento pré-termo; a vacinação contra tétano é recomendada para todas as gestantes, dependendo da exposição anterior à vacinação, para evitar a mortalidade neonatal por tétano; uma ultrassonografia antes das 24 semanas da gestação é recomendada às mulheres grávidas para estimar a idade gestacional, melhorar a detecção de anomalias fetais e gravidezes múltiplas, reduzir a indução do parto em uma gravidez pré-termo e melhorar a experiência da gestação para mulheres; os profissionais de saúde devem perguntar a todas as mulheres grávidas sobre o uso de álcool e outras substâncias durante todas as visitas pré-natais (OMS, 2016).

Desse modo, a OMS prevê cuidados de boa qualidade durante toda a gravidez, parto e pós-natal e essa qualidade se refere à experiência de cuidados de uma perspectiva sistêmica de saúde (TUNÇALP et al., 2017).

No entanto, percebe-se que a oferta de atendimento qualificado à gestante ainda se configura como grande desafio aos sistemas de saúde em nosso país, pois apesar da melhoria dos indicadores da assistência pré-natal, demonstrando maior cobertura, são identificadas falhas em atividades básicas do serviço, como a incidência de Sífilis congênita, necessitando de investimentos em políticas públicas efetivas, com campanhas permanentes para controle e eliminação do agravo (SILVA, 2010).

Esse comprometimento é evidenciado em diversos estudos nacionais de abrangência local, que demonstram a existência de lacunas, tais como a carência de orientações relativas ao trabalho de parto, parto e puerpério, informações restritas sobre amamentação e sobre os direitos legais das gestantes (DOMINGUES et al., 2012).

É identificada ainda, a realização incompleta dos exames laboratoriais complementares, clínico-obstétricos e procedimentos técnicos preconizados pelo ministério da saúde (BRASIL, 2013), os quais são medidas fundamentais para

prevenção, identificação e correção oportuna de quaisquer agravos e riscos que possam causar prejuízos à saúde materno-fetal (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008).

Mesmo verificando o início precoce do pré-natal e número apropriado de consultas, o estudo realizado por Queiroz, Oliveira e Soares (2015) no Rio Grande do Norte identificou como maior fragilidade o não registro/realização dos exames laboratoriais, os quais teriam potencial de reverter os indicadores perinatais desfavoráveis.

Gonçalves, Cesar e Mendonza-Sassi (2009) constataram pouca efetividade do serviço de saúde em se tratando da rotina pré-natal preconizada pelo Ministério da Saúde, incluindo procedimentos como exame especular e os exames complementares. Resultado semelhante foi demonstrado por Domingues et al (2012), que observaram em estudo realizado no Rio de Janeiro, uma taxa de 61,5% de inadequação da assistência e que mulheres que tiveram menor número de consultas apresentavam menor adequação de exames, vacinação antitetânica e orientações sobre o aleitamento materno.

No âmbito nacional, a análise destes indicadores de qualidade realizada por Tomazi et al (2017), mostrou que 15% das gestantes receberam atenção pré-natal com qualidade adequada, e os piores índices correspondiam a assistência dedicada às mulheres mais jovens, de menor renda familiar, nas regiões Centro-oeste e Norte, em municípios com menor porte e com menor Índice de desenvolvimento humano.

Uma avaliação da assistência pré-natal em unidades de saúde da região Centro-oeste, revelou registros insatisfatórios de vários exames que são preconizados pelo PHPN como Anti-HIV, Glicemia de Jejum e EAS, concluindo-se que essa ausência de registros se deve a fatores como a não solicitação dos exames pelos profissionais, ou ainda, à não transcrição nos prontuários ou caderneta da gestante dos exames solicitados, o que pode representar omissão por parte dos profissionais responsáveis (HANDELL; CRUZ; SANTOS, 2014).

Outra carência apontada é a necessidade de assistência oportuna às gestantes que apresentam maiores riscos de desfechos negativos, através do estabelecimento de redes integradas de referência e contra referência, conforme recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006; VIELLAS et al., 2014).

A falta de vínculo entre os serviços prestadores da assistência pré-natal e ao parto é identificada em várias regiões do país, o que ocasiona a peregrinação das gestantes

em trabalho de parto na busca por vagas para internações, resultando em riscos adicionais à saúde da parturiente e do recém-nascido (BRASIL, 2014; LEAL et al., 2004).

Nesse sentido, Viellas et al (2014) demonstram em sua análise, que apenas 58,7% das gestantes foram orientadas sobre a maternidade de referência e cerca de 16,2% das entrevistadas referiram que procuraram mais de um serviço para admissão para o parto.

Apesar de muitos estudos demonstrarem a existência de falhas na realização de exames, nos registros e na busca ativa de gestantes, também são observados índices favoráveis sobre o início precoce do pré-natal e cumprimento do número mínimo de consultas nas USF (SENA, 2014).

Isso pode ser constatado no estudo de Queiroz, Oliveira e Soares (2015), que demonstra adequação na captação precoce das gestantes e no número de consultas, porém, identifica eminentes falhas nos registros e realização dos exames laboratoriais.

Um estudo realizado no Maranhão observou uma alta taxa de inadequação (60,2%) do conteúdo da assistência pré-natal realizado pelas gestantes da cidade de São Luís, associando o resultado a fatores como baixa classe econômica, trabalho não qualificado, baixa escolaridade, uso de álcool na gestação e acompanhamento na rede pública de saúde (GOUDARD et al., 2016). O que também foi observado por Domingues et al (2015) em âmbito nacional, onde percebeu-se uma maior proporção de assistência inadequada em mulheres adolescentes, negras, com menor escolaridade, pertencentes a classes econômicas mais baixas, múltiparas, sem companheiro, sem trabalho remunerado e residentes nas regiões Norte e Nordeste do país.

Valente et al (2013) avaliaram a qualidade da assistência pré-natal em 20 unidades da rede básica em um município da região metropolitana de Fortaleza/CE baseando-se nos critérios definidos no PHPN. As autoras observaram a existência de obstáculos na efetivação da qualidade do pré-natal como a não realização de verificação da apresentação fetal, déficit na solicitação de exames laboratoriais de segunda rotina e desatualização da situação vacinal de gestantes. Concluíram que o cuidado deve ser aperfeiçoado com a capacitação dos profissionais.

Conforme constatado por Costa et al (2016) em seu estudo realizado em Caxias-MA onde foram analisadas as qualificações de profissionais de nível superior de uma USF, dos quais apenas 35% apresentavam pós-graduação em saúde pública ou saúde

da família, evidenciando assim, a necessidade de coerência entre o profissional e as ações que o mesmo desempenha no SUS.

Os resultados apresentados indicam que na atenção primária, a maioria dos profissionais são generalistas, não apresentando qualificação para trabalhar na saúde da família, o que lhe permitiria uma maior compreensão e planejamento de ações de saúde assertivas (COSTA et al., 2016).

No que diz respeito a atualização dos conhecimentos científicos, torna-se perceptível a importância da busca constante pelo aprimoramento profissional para renovação das práticas de saúde e mudanças no modelo de atenção vigente (ALBERTO; NUNES, 2017).

Nesse contexto, estudos sugerem o fomento de educação continuada aos profissionais dos serviços de saúde, relacionada a comunicação com o paciente e o correto preenchimento do cartão de pré-natal, considerando-o como instrumento essencial no ciclo gravídico-puerperal para reconhecimento precoce de riscos (BRASIL, 2006; CARVALHO et al., 2015). Sendo que, Uchimura et al. (2014) também ressaltam a importância da qualificação da equipe para que ela consiga identificar antecipadamente sinais e sintomas de complicações e agir em tempo oportuno.

Vettore et al. (2011) recomendam que os serviços de saúde promovam educação permanente constante dos profissionais que atuam na atenção pré-natal, especialmente no que diz respeito a comunicação e o preenchimento correto do cartão de pré-natal, essencial no acompanhamento da gestação.

Ressalta-se ainda a necessidade de reforçar a formação de Enfermagem, oferecendo-se um ensino de qualidade nas universidades, pautado nas atribuições e princípios dos programas ministeriais e incentivando os futuros enfermeiros a construir os conhecimentos essenciais em saúde materno-infantil (CAMPOS et al., 2016).

É indispensável que haja um esforço coletivo dos setores governamentais e não-governamentais, com a participação social para a melhoria da qualidade da atenção pré-natal e puerperal no país (BRASIL, 2006). Portanto, torna-se necessário haver a disponibilidade dos recursos necessários ao desenvolvimento das ações e serviços, tais como instrumentos, equipamentos, medicamentos, estrutura física e recursos humanos habilitados. Com destaque para a necessidade de realizar a avaliação constante da

assistência afim de identificar os problemas existentes e o desempenho do serviço que é prestado (BRASIL, 2013).

### 3.4 Avaliação em saúde

Conceituar avaliação é uma tarefa complexa, pois concentra práticas variadas que incluem desde julgamentos mais subjetivos até métodos e técnicas objetivas, aplicáveis nas diversas áreas do conhecimento. A palavra em sua origem latina, significa “medir” a partir de padrões quantificáveis. Seu radical grego *axíós* se refere à construção de juízos de valor e está ligado a padrões qualitativos, sugerindo ser um campo de aplicação de saberes de várias áreas (ALMEIDA, 2002).

A avaliação em saúde é definida por Carvalho et al. (2012) como julgamento de valor na tomada de decisão, capaz de subsidiar mudanças na construção/implementação de programas ou políticas de saúde.

Portanto, a avaliação pode promover o controle da qualidade, ao passo que busca implementar medidas de melhoria das práticas e serviços, prevenindo assim, a ocorrência de problemas potenciais e essa melhoria pode ser contínua, sem a imposição de limites para a qualidade a ser alcançada (PORTELA, 2000).

Figueiró et al. (2010), destacam que a avaliação apresenta muitas concordâncias e discordâncias em suas definições e pode ser considerada uma área de conhecimento jovem e emergente. Observa-se que na prática administrativa dos serviços de saúde, o gestor utiliza técnicas e conhecimentos que lhe permitem conduzir o funcionamento das atividades na direção dos objetivos previamente definidos e nesse contexto, a avaliação torna-se um instrumento fundamental de apoio à gestão (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Considerando que a gestão envolve a melhoria do funcionamento dos serviços, a partir do achado de combinações dos recursos disponíveis para a obtenção dos objetivos, Tanaka e Tamaki (2012, p. 2) ressaltam que:

Toda essa construção é concebida visando obter um funcionamento otimizado em um contexto complexo, caracterizado pelo conjunto de fatores que condicionam a saúde e a doença e que produz, permanentemente, situações não previsíveis que exigem a tomada de decisões. Há a necessidade de dar respostas a essas situações a fim de manter o funcionamento ou melhorar os níveis de eficiência e eficácia dos serviços.

Logo, a avaliação em saúde contribui para a tomada de decisão, pois estabelece um olhar reflexivo sobre as práticas de saúde, o que favorece a identificação dos pontos fortes e vulnerabilidades nos serviços prestados ao usuário, contribuindo na melhoria da assistência e reorganização das práticas de saúde na busca pelos resultados desejáveis (CHAVES; TANAKA, 2012).

Portanto, torna-se uma prática essencial no diagnóstico situacional de uma determinada realidade de saúde, facilitando o planejamento das ações e a adequação das políticas à realidade identificada (SAMICO et al., 2010).

Diante de resultados de estudos de avaliação em saúde, voltados para atenção no período gestacional, que foram realizados durante a última década em nosso país, se observou uma inadequação da atenção pré-natal, necessitando de melhorias significativas em diversos aspectos, como a não realização dos exames laboratoriais de rotina e escassez de orientações durante as consultas. Destarte, a avaliação dos serviços de saúde constitui uma ferramenta formidável para a análise desses aspectos, subsidiando a implementação de novas políticas e estratégias na promoção da melhoria da assistência à gestante (NUNES et al., 2016).

Anversa et al. (2012) afirmam que a avaliação do Pré-natal pode contribuir na redução dos índices de morbimortalidade materna e perinatal, melhorando o atendimento às gestantes, sendo importante valorizar os registros e controlar sistematicamente os cartões pré-natais e prontuários, devido sua relevância na identificação do perfil epidemiológico e reais necessidades da população atendida.

No Brasil, as pesquisas que tratam de avaliação da qualidade do Pré-natal são escassas e concentradas na Região Sudeste, que coincidentemente (ou não) também é a região com melhores resultados quanto a qualidade do Pré-natal e isso evidencia a necessidade de estudos envolvendo as demais regiões do país (PINHEIRO, 2013).

Através de um levantamento minucioso, Pinheiro (2013) concluiu que a abordagem mais utilizada nas pesquisas é a quantitativa por meio de questionários padronizados de acordo com os critérios do PHPN, acompanhado de análise dos cartões e prontuários das gestantes, buscando considera-las como sujeitos integrais.

Polgliane et al (2014) destacam ainda que as avaliações periódicas nos serviços de saúde devem se tornar uma prática rotineira, direcionando as intervenções necessárias para a concretização dos critérios mínimos da assistência à saúde, buscando prover as necessidades da população atendida.

### 3.5 Avaliação da gestante como indicador de qualidade da assistência pré-natal

Tem havido uma crescente busca pela qualidade dos serviços em saúde, pautada na necessidade de atender às exigências da população, cada vez mais consciente de seus direitos. A legitimidade da pesquisa avaliativa centrada nas usuárias/gestantes pode representar um importante mecanismo para promoção da qualidade nos serviços de atenção ao pré-natal; visto que, ao dar voz às gestantes, permite que estas monitorem e controlem as atividades dos serviços, promovendo assim, o exercício do controle social (BRASIL, 2006).

A satisfação dos usuários é considerada uma fonte de informação confiável sobre a opinião pública a respeito dos serviços oferecidos, sendo esta uma ferramenta importante no aprimoramento da qualidade destes serviços, que pode ser influenciada por diversas situações, expectativas, valores, antecedentes e crenças sobre o serviço (COTTA et al., 2005).

No Brasil, observamos um recente incentivo do MS por meio do PMAQ-AB, que tem entre seus objetivos, estimular o foco da AB no usuário, promovendo participação e controle social e reforçando a responsabilidade dos profissionais e gestores com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários (BRASIL, 2012b).

Satisfazer o cliente deixa implícito a possibilidade de seu retorno ao serviço de saúde quando necessitar de assistência, garantindo uma demanda crescente e pode prever se ele seguirá as recomendações e demais orientações realizadas no atendimento (ALENCAR; GOMES, 2008).

Para isso, é necessário ir além da avaliação dos valores numéricos exigidos para adequação, levando-se em consideração alguns aspectos como o conteúdo das consultas, atenção dispendida, orientações realizadas e a subjetividade de cada usuária (NUNES et al., 2016).

Silva, Andrade e Bosi (2014) ressaltam que a avaliação qualitativa do pré-natal, na perspectiva das gestantes, pode colaborar no fomento e implementação de estratégias de saúde que contribuam para a qualificação dos serviços na atenção obstétrica. De acordo com as autoras isso é possível quando as equipes de saúde da família desenvolvem processos de trabalho baseados nas políticas do SUS que estabelecem o acompanhamento de pré-natal pautado no acolhimento.

A literatura revisada reforça que a avaliação sob a ótica do usuário, é um instrumento que subsidia a gestão para a implementação de ações, identificação de áreas passíveis de melhoria e de prováveis adequações para melhor atender às necessidades da população, além de possibilitar o aperfeiçoamento de pontos geradores de insatisfação (PRUDÊNCIO, 2012).

Rugolo (2004) afirma que a satisfação materna com os serviços é um importante aspecto a ser considerado no planejamento da assistência materno-infantil, o que também é reforçado por Tanaka e Tamaki (2012), os quais ressaltam o fato de que a produção de saúde deve ocorrer através da utilização dos serviços pelo usuário, pois se o objetivo é ir ao encontro das necessidades de saúde, é o próprio usuário quem melhor pode expressá-las.

Em relação a isso, Galle et al (2015) consideram ainda que o cumprimento das expectativas é um dos determinantes da satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal e em seu estudo realizado com 155 gestantes em um hospital da cidade de Ghent na Bélgica, demonstrou a relação de alguns aspectos sócio demográficos (como a baixa renda, menor nível de escolaridade e ascendência estrangeira) com as baixas expectativas das mulheres em relação ao pré-natal, que seriam mais fáceis de serem cumpridas, influenciando assim no alto índice de satisfação identificado na pesquisa.

Desta forma, variados fatores podem influenciar essa percepção da gestante e sua satisfação, como as experiências anteriores da mesma, familiarização com o serviço de saúde e maior nível de escolaridade que implicaria um maior conhecimento do que pode esperar do serviço (SOFAER, S.; FIRMINGER, 2005).

Portanto, as necessidades e expectativas individuais e coletivas devem ser consideradas nas atividades entre profissionais e gestantes por meio do desenvolvimento de um ambiente de escuta ativa, em que dúvidas são esclarecidas e são realizadas orientações relevantes (CARDELLI et al., 2016). As usuárias se sentem seguras e acolhidas quando os profissionais demonstram empatia e realizam orientações eficientes relacionadas à gestação, autocuidado, parto e intervenções voltadas as suas necessidades psicossociais (MOURA et al., 2014).

A escuta atenta pode abrir espaços para que a ansiedade e demais sentimentos gerados pelas transformações vivenciadas na gestação sejam explicitados (BRASIL, 2013). Assim, a identificação das percepções das gestantes permite conhecer as

necessidades sentidas por elas e adequar o serviço de saúde para atender a essas manifestações (ORTIGA; CARVALHO; PELLOSO, 2015).

Diante dessas considerações, ressalta-se a relevância de valorizar a percepção da gestante, pois a deficiência no acolhimento, com a falta de orientações, ausência de uma escuta qualificada, e a carência de práticas de saúde resolutivas tendem a ocasionar o afastamento das usuárias dos serviços de saúde, gerando insatisfação frente aos cuidados que recebem, o que está diretamente relacionado a qualidade dos mesmos, podendo resultar em descontinuidade do cuidado (POLGLIANE, 2014). Assim, a satisfação com o serviço é um fator de motivação para a mulher na procura e continuidade do pré-natal (FALAH, 2015).

Nesse contexto, a percepção das usuárias se torna um importante indicador da qualidade da assistência prestada, pois auxilia na identificação de possíveis falhas no atendimento e possibilita conhecer as demandas das gestantes e suas famílias, favorecendo para torná-las sujeitos ativos no processo de gestação e parturição (SANTOS et al., 2018).

A identificação da percepção da gestante permite conhecer as necessidades sentidas por ela e adequar o serviço de saúde para atender a essas manifestações (ORTIGA, CARVALHO E PELLOSO, 2015), se tornando um elemento fundamental da qualidade da assistência, que é o que determina a adesão ou não ao serviço (FAGBAMIGBE et al., 2013).

Grando et al (2012) verificaram a satisfação das gestantes em consultas oferecidas na rede básica de um município do Rio Grande do Sul, onde perceberam o contentamento das mulheres em relação a comunicação com os profissionais, aspecto fundamental na humanização do cuidado. Entretanto, foram identificados que procedimentos simples como verificação do peso e AU, preconizados pelo MS são executados apenas nas consultas realizadas pelos enfermeiros e algumas mulheres relataram que não recebem orientações sobre os exames que são solicitados.

Castro, Moura e Silva (2010), realizaram uma pesquisa em uma maternidade pública do Pará com o objetivo de analisar a qualidade da assistência pré-natal na perspectiva das puérperas e sua contribuição para o parto, na qual constataram que 10 mulheres dentre as 33 entrevistadas, estavam insatisfeitas com o acompanhamento pré-natal devido terem tido dificuldade de acesso aos serviços e falta de orientações. As demais mulheres que manifestaram estarem satisfeitas com o serviço prestado,

relacionou-se ao vínculo estabelecido com os profissionais, às orientações durante as consultas e realização de exames e imunizações.

Em um estudo com 13 gestantes numa UBS, Silva, Andrade e Bose (2014) identificaram insatisfações por parte das gestantes devido a dificuldades de acesso funcional ao atendimento (limitação de senhas e tempo de espera prolongado) e destacaram que o acesso também inclui a noção de acolhimento, escuta ativa e comunicação, que fazem parte do cuidado baseado na humanização.

Maroto (2014) avaliou a qualidade do Pré-natal prestado pela atenção básica em 167 municípios do estado de Rio Grande do Norte partindo da visão das usuárias, com análises feitas com base nos parâmetros estabelecidos pelo PHPN. Esse estudo permitiu que a autora averiguasse os avanços nas práticas assistenciais como número de consultas pré-natais mínimas, imunizações e prescrição de suplementações, ao passo que, também identificou fragilidades nas práticas educativas e realização de exames da rotina.

Nesse sentido, Santos, Radovanovic e Marcon (2010) no estudo realizado na cidade de Cajazeiras/PB, também observaram que, mesmo expressando satisfação com a assistência Pré-natal, as gestantes entrevistadas demonstraram desejo por informações relacionadas as mudanças fisiológicas da gestação, parto, amamentação e cuidados com a criança.

Fica evidente que incluir a perspectiva da mulher usuária pode colaborar efetivamente na adequação do atendimento pré-natal em diferentes localidades, pois facilitará a identificação de suas reais necessidades de saúde. Considera-se ainda a necessidade de ampliar o foco das pesquisas pelas Instituições de Ensino Superior durante a graduação e pós-graduação de modo a incluir a implementação eficaz das intervenções baseadas em evidências (PRUDÊNCIO; MAMEDE, 2015).

Para Guerreiro et al (2012), pesquisas a partir do olhar dos profissionais e gestantes contribuem para atuação específica e articulada com os serviços de atenção secundária, reforçando a referência e a contrarreferência como forma de organizar o atendimento no ciclo gravídico-puerperal, qualificando os cuidados pré-natais e fortalecendo a integralidade da assistência.

Desse modo, a relevância para o desenvolvimento de pesquisas com esse foco está baseada em evidências científicas que demonstram os benefícios da garantia da satisfação da usuária com o pré-natal como uma importante estratégia para atender as

reais necessidades do público em questão, garantindo sua adesão ao atendimento (PRUDÊNCIO; MAMEDE, 2015).

A partir da percepção das gestantes pode-se constatar os fatores relacionados à satisfação e/ou insatisfação, o que proporciona reflexões das práticas e busca de diferentes artifícios para sua qualificação (CAMPOS et al., 2016).

### 3.6 O instrumento “Expectativa e Satisfação do Paciente com o Cuidado Pré-natal” (Patient Expectations and satisfaction with Prenatal Care)

Uma das dificuldades para se avaliar a expectativa e a satisfação das usuárias com o pré-natal está relacionada à falta de instrumentos de medida que sejam válidos e confiáveis (OMAR; SCHIFFMAN; BINGHAM, 2001). Além disso, fatores como o nível de alfabetização e diversidade cultural das mulheres podem influenciar essa avaliação de satisfação, o que torna necessário que os instrumentos voltados a temática, sejam construídos com linguagem clara e compreensível pelas usuárias (PRUDÊNCIO, 2012).

Constatando-se a escassez de um instrumento que avalie a temática no Brasil, o instrumento “Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care (PESPC)” foi escolhido por Prudêncio (2012) para adaptação cultural e análise de suas propriedades psicométricas no município de Ribeirão Preto- SP, sendo selecionado por ser específico para o pré-natal, abordar a expectativa e satisfação simultaneamente e ser de fácil aplicação.

O PESPC foi desenvolvido e utilizado, inicialmente, nos Estados Unidos da América (EUA) por Omar, Schiffman e Bingham (2001), obtendo níveis aceitáveis de consistência e validade, estabelecendo um conceito de satisfação específico e multidimensional relacionada ao cuidado pré-natal e também, evidenciando a relação entre expectativa e satisfação.

É composto por 41 itens, divididos em dois domínios- expectativa e satisfação- cada um contendo quatro subescalas. As subescalas que destinam-se aos domínios “Expectativa” são: cuidado integral; seguimento com o mesmo profissional; cuidado personalizado, outros serviços. Por outro lado, o domínio “Satisfação” apresenta as seguintes subescalas: informação do profissional; cuidado profissional; interesse da equipe; características do sistema.

No instrumento, as repostas obtidas por escala do tipo Likert, variam da pontuação mínima (Concordo Totalmente) à máxima (Discordo Totalmente) em cada item contido nas subescalas.

Os valores totais dos escores podem variar de 12 a 72 para o domínio expectativa, onde 12 equivale à pontuação mínima a ser alcançada e 72 equivale à pontuação máxima. E para o domínio satisfação, essa pontuação pode variar de 29 a 174. Sendo assim, considera-se que, quanto menor a pontuação, maior a expectativa e a satisfação e quanto maior a pontuação, menor a expectativa e satisfação com o cuidado pré-natal.

Diante dos resultados da análise realizada por Prudêncio (2012), foram verificadas fortes evidências da validade e confiabilidade da versão adaptada para o português no Brasil, a qual encontra-se no ANEXO A do presente estudo.

Deste modo, a versão adaptada e validada do instrumento em questão, foi utilizada nesta pesquisa como uma ferramenta que auxiliou na compreensão dos aspectos envolvidos na assistência ofertada ao binômio mãe-filho e da satisfação das usuárias da atenção pré-natal em nossa região, como ponto de partida para o planejamento e implementação de possíveis melhorias.

A versão original do instrumento PESPC de Omar, Schiffman e Bingham (2001) foi utilizada no estudo desenvolvido por O'Hearn (2006) com 23 mulheres surdas e 32 ouvintes no EUA, com o objetivo de investigar os fatores que impactam a satisfação das pacientes surdas e as diferenças no pré-natal de gestantes surdas e ouvintes, identificando diferenças significativas para satisfação geral com pré-natal, onde as mulheres ouvintes apresentaram maiores escores de satisfação do que as surdas. No entanto, as medidas associadas aos desfechos da gravidez- como peso ao nascer e partos prematuros- não apresentaram diferenças significativas entre os dois grupos.

O mesmo instrumento foi utilizado por Orrantia et al (2010) para avaliação da satisfação de 73 gestantes com suas experiências obstétricas durante os primeiros 14 meses de implementação de um novo modelo de atendimento obstétrico em uma comunidade na província de Ontário no Canadá, sendo que 97% das pacientes relataram que suas expectativas em relação a assistência foram atendidas ou até superadas, e 100% das participantes estavam satisfeitas com os cuidados obstétricos recebidos.

O PESPC também foi aplicado em serviços públicos na Austrália por Heaman et al (2014) e também por Sword et al (2015) em fases de teste da validade e confiabilidade do "Quality of Prenatal Care Questionnaire" ou QPCQ, um questionário desenvolvido

para avaliação de qualidade do atendimento pré-natal no país. Nesses testes, a validade do construto do QPCQ foi avaliada em relação ao questionário PESPC, estabelecendo-se correlações positivas significativas entre as pontuações de ambos, fornecendo suporte para a validação.

Galle et al (2015) também avaliaram a expectativa e satisfação de 155 mulheres com o serviço pré-natal oferecido em um hospital de Ghent (Bélgica) utilizando a versão original do PESPC, onde 139 mulheres completaram o questionário. No domínio expectativa a pontuação média mais alta foi obtida para 'cuidado personalizado' com 67,4% e a pontuação média mais baixa foi obtida para 'outros serviços' com 37,7%; já no domínio de satisfação, o maior escore foi obtido na subescala 'cuidado profissional' com 86,3%, enquanto que as menores pontuações foram observadas para as subescalas 'informação' e 'características do sistema' (em particular, o item "tempos de espera") com 78,7 e 78,0% respectivamente.

Dessa forma, os escores de satisfação foram maiores do que os relatados até então em outros estudos, o que pode indicar que, na Bélgica, as mulheres estão muito satisfeitas com a assistência pré-natal (GALLES et al.,2015).

### 3.6.1 Validação da versão brasileira do instrumento PESPC

Após a autorização dos autores da versão original do instrumento Omar, Schiffman e Bingham e aprovação pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Ribeirão Preto/SP e do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), foi iniciado o trabalho de adaptação e validação do PESPC para gestantes brasileiras por Prudêncio (2012).

Para a realização da adaptação cultural foram usadas 6 etapas: tradução inicial, síntese das traduções, comitê de juízes, retrotraduções, validação semântica e pré-teste. A versão original do instrumento PESPC foi submetida à validação de face e conteúdo por um comitê de juízes e a versão adaptada foi utilizada em um pré-teste com 40 gestantes, sendo testada a confiabilidade do instrumento por meio da consistência interna (alfa de Cronbach), sendo o valor do alfa para o domínio expectativa de 0,82 e para o domínio satisfação de 0,95 (PRUDÊNCIO et al., 2013).

Posteriormente, foram verificadas a validade de constructo (convergente e divergente), confiabilidade pela consistência interna (alfa de Cronbach) e a estabilidade

da medida (teste/reteste) contando com uma amostra de 119 gestantes em acompanhamento pré-natal. Destas, 26 gestantes foram selecionadas aleatoriamente para a realização do reteste após um intervalo de 10 a 14 dias da primeira entrevista (PRUDÊNCIO et al., 2013).

A validade de constructo convergente foi verificada comparando-se a versão adaptada do PESPC com a medida de satisfação obtida pela versão brasileira do Patient Satisfaction Instrument (PSI), um instrumento desenvolvido por Hinshaw e Atwood (1982) com o objetivo de avaliar a satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem (PRUDÊNCIO et al., 2013).

Logo após, as variáveis obtidas foram codificadas e organizadas em um banco de dados no Microsoft Office Excel, sendo utilizado o programa estatístico STATA versão 10 para análise do dados e realizadas análises descritivas para todas as variáveis (PRUDÊNCIO et al., 2013).

A consistência interna obtida na versão original, para os domínios do instrumento, foi adequada, sendo para expectativa ( $\alpha=0,72$ ) e para satisfação ( $\alpha=0,94$ ), enquanto que a versão adaptada por Prudêncio (2012) apresentou valores semelhantes para expectativa e satisfação, sendo de 0,70 e 0,80, respectivamente. Refletindo assim, sua validade e confiabilidade (PRUDÊNCIO et al., 2013).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

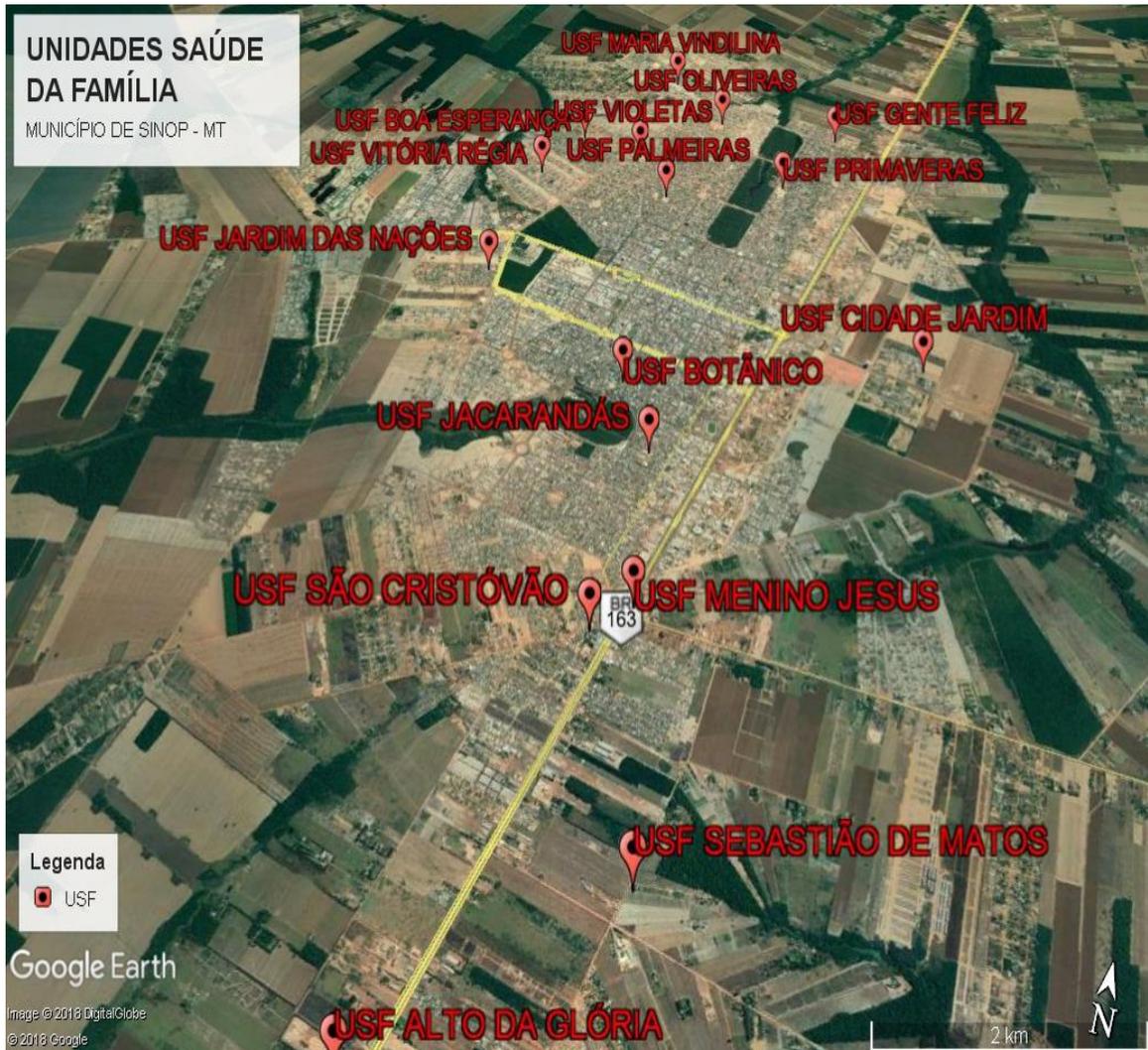
Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva de abordagem quantitativa. Os estudos exploratórios têm o intuito de explicitar o problema, proporcionando maior familiaridade com o mesmo. Os estudos descritivos, por sua vez, descrevem as características de determinado fenômeno ou com a intenção de identificar possíveis ligações entre as variáveis (GIL, 2010).

Na abordagem quantitativa as variáveis são expressas na forma de dados numéricos, exigindo recursos e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los, como a porcentagem, média, desvio padrão, coeficiente de correlação, entre outros. São mais indicados para o planejamento de ações coletivas, pois seus resultados são passíveis de generalização, precisos e confiáveis (FONTELLES et al., 2009).

### 4.2 População, período e local de estudo

Esta pesquisa foi realizada nas dezesseis Unidades Saúde da Família existentes no município de Sinop/MT, sendo elas: Alto da Glória, Boa Esperança, Jardim Botânico, Jardim das Nações, Jardim das Primaveras, Jardim das Palmeiras, Jardim das Oliveiras, Jardim das Violetas, Maria Vindilina, Menino Jesus, Parque das Araras, São Cristóvão, Gente Feliz, Sebastião de Matos, Vitória Régia, Jacarandás e Cidade Jardim (CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2017), conforme disposto na Figura 1. Foi realizada apenas nas unidades cadastradas como USF para haver uniformidade em relação a composição da equipe de saúde dessas unidades, evitando possíveis vieses na pesquisa.

**Figura 1** – Locais de coleta de dados em Unidades Saúde da Família no município de Sinop, MT, 2018.



**Fonte:** imagem do Google Earth, 2018.

Todas as unidades de saúde (16/100%) estão situadas na zona urbana do município, com horário de funcionamento das 7 às 11h e das 13 às 17h, de segunda à sexta-feira.

A coleta dos dados se deu no período de dezembro de 2017 a maio de 2018, nas próprias unidades de saúde, em dias de atendimento de consulta pré-natal, afim de se alcançar o maior número de sujeitos em um mesmo dado momento. O período estendido da coleta se deu com o intuito de abarcar toda a população de gestantes, usuárias da UFS do município de Sinop e que estivessem cadastradas no SISPRENATAL nas unidades de saúde estudadas.

A população do estudo foi composta por gestantes de todas as Unidades Saúde da Família do município de Sinop -MT, que foram convidadas enquanto aguardavam a consulta de pré-natal, seguindo os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- **Inclusão:** residir no município de Sinop - MT, em qualquer faixa etária, estar cadastrada no SISPRENATAL da unidade de coleta, ter feito ao menos duas consultas de pré-natal (supondo que estas tenham um acúmulo subjetivo para expressar sua satisfação com o acompanhamento pré-natal), saber ler e escrever, demonstrar capacidade cognitiva de responder às questões;
- **Exclusão:** gestação de alto risco pois são encaminhadas a um centro de referência local, ser incapaz de fornecer dados confiáveis e não conseguir responder as questões do questionário.

De acordo com informações do SISPRENATAL, fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde no Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), dentro da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres em Sinop-MT no mês de setembro de 2017, havia um total de 131 usuárias cadastradas no sistema, definido como a população-alvo do presente estudo.

Devido a entrada e saída de gestantes cadastradas no SISPRENATAL durante o período de coleta, foram contactadas 175 gestantes, das quais um total de 30 não aceitaram participar do estudo. Com as recusas, pode-se coletar os dados de 145 gestantes.

Gil (2010) define amostra como sendo um subconjunto da população utilizado para obter informações acerca do todo, estimando suas características.

#### 4.3 Coleta e Análise dos Dados

Após uma breve apresentação verbal do objetivo da pesquisa e do procedimento de coleta, as gestantes e responsáveis (nos casos de menores de 18 anos) que consentiram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), respondendo em seguida o Formulário de Identificação e Dados sociodemográficos/obstétricos (APÊNDICE B).

Esse formulário foi elaborado pela própria pesquisadora e sua orientadora. O mesmo foi dividido em duas partes: “dados de identificação e sociodemográficos” e “dados da gestação atual”, contendo as seguintes variáveis na primeira parte: idade, cor, estado civil, nível de escolaridade, ocupação, renda familiar, condições de moradia e familiares com quem moram. Na segunda parte foram inseridas as seguintes variáveis:

semana gestacional, números de gestações, cesarianas, partos normais e abortamentos, números de consultas realizadas e profissional que faz o acompanhamento pré-natal.

Para a elaboração deste formulário auto aplicativo, levou-se em consideração evidências científicas da literatura nacional e internacional quanto às possíveis variáveis influenciadoras do nível de expectativa e satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal.

Em seguida, foi disponibilizado o instrumento PESPC, composto por 41 itens, distribuídos em dois domínios: expectativa e satisfação, com quatro subescalas cada um, sendo que o domínio expectativa contém 12 itens e o domínio satisfação contém 29 itens. Apresenta-se na forma de escala do tipo Likert, com respostas que se alternaram entre um (*concordo totalmente*) a seis (*discordo totalmente*), não contendo a opção de resposta neutra; que tem o objetivo de mensurar a expectativa e satisfação com o cuidado pré-natal, apresentando estes dois domínios com quatro subescalas cada um.

Escalas tipo Likert são utilizadas com o objetivo de mensurar atitudes no contexto das ciências comportamentais, apresentando variações na pontuação à critério do pesquisador. Nela, os respondentes emitem seu grau de concordância a respeito de cada item e a partir disto, pode-se mensurar o constructo (SILVA JÚNIOR; COSTA, 2014). Tem como principal vantagem a facilidade de manuseio pelos pesquisados, sendo utilizada em diversas pesquisas devido a confirmação de sua consistência psicométrica em variados estudos (COSTA, 2011).

No instrumento, a pontuação mínima representa o maior nível de expectativa e satisfação e a maior pontuação retrata o menor nível de expectativa e satisfação (PRUDÊNCIO, 2012), conforme observamos na tabela 1 e figura 2:

**Tabela 1** - Interpretação dos escores da versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC). Sinop- MT, 2018.

<b>Expectativa</b>	<b>Escore</b>	<b>Alta</b>	<b>Baixa</b>
	<b>Mínimo e Máximo</b>	<b>Expectativa</b>	<b>Expectativa</b>
Cuidado Integral	4 – 24	04 ≥ 12	12 < 24
Seguimento com o mesmo profissional	2 – 12	02 ≥ 06	06 < 12
Cuidado Personalizado	4 – 24	04 ≥ 12	12 < 24
Outros Serviços	2 – 12	02 ≥ 06	06 < 12
<b>Total</b>	<b>12 – 72</b>	<b>12 ≥ 36</b>	<b>36 &lt; 72</b>
<b>Satisfação</b>	<b>Escore</b>	<b>Muito</b>	<b>Muito</b>
	<b>Mínimo e Máximo</b>	<b>Satisfeita</b>	<b>Insatisfeita</b>
Informação do Profissional	7 – 42	07 ≥ 21	21 < 42
Cuidado Profissional	6 – 36	06 ≥ 18	18 < 36
Interesse da Equipe	6 – 36	06 ≥ 18	18 < 36
Características do Sistema	10 – 60	10 ≥ 30	30 < 60
<b>Total</b>	<b>29 – 174</b>	<b>29 ≥ 87</b>	<b>87 &lt; 174</b>

**Fonte:** Tese de mestrado “Adaptação cultural e validação para uso no Brasil do instrumento Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care” (PRUDÊNCIO, 2012, p. 69).

**Figura 2** – Figura explicativa da interpretação dos escores da versão brasileira do instrumento PESPC. Sinop- MT, 2018.



**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2018).

O instrumento foi autoaplicável e teve duração de 30 minutos, sendo considerado válido e confiável para mensurar a expectativa e satisfação com o cuidado pré-natal que as gestantes têm recebido nas USF no município de Sinop –MT. Os valores totais dos escores em cada domínio são calculados pela média dos itens ponderados dos respectivos domínios, podendo variar, de 12 a 72, para o domínio expectativa, e para o domínio satisfação, de 29 a 174 (PRUDÊNCIO et al., 2013).

Foram elaboradas três perguntas abertas (Apêndice C) para gerar idéias sobre as experiências das mulheres e o que elas consideram como fatores de qualificação do pré-natal, elaboradas em linguagem simples e de fácil compreensão pelas mesmas. São elas: 1) Existe algo que os profissionais que te atendem poderiam fazer para melhorar o atendimento?; 2) Em sua opinião, qual(ais) outro(os) profissionais poderia(m) atender a gestante durante o cuidado pré-natal?; 3) Em sua opinião, o que é necessário para que o pré-natal seja considerado de qualidade?

A aplicação do formulário juntamente com a versão brasileira do PESPC dispendeu cerca de 30 minutos para o preenchimento pelas gestantes em cada USF. Os dados coletados foram organizados em planilhas eletrônicas do Office Excel 2013, e posteriormente, foi realizada a análise descritiva (frequência, média, mediana, desvio padrão) dos dados. Foi realizada a análise da frequência de respostas aos itens por cada subescala do instrumento PESPC e análise estatística descritiva da pontuação geral dos serviços de saúde para os dois domínios do instrumento.

#### 4.3.1 Autorização para uso do instrumento

A autorização para aplicação do PESPC foi solicitada à autora responsável pela adaptação e validação do instrumento no Brasil, a autora Patrícia Prudêncio, que prontamente concedeu autorização para seu uso no município de Sinop em Mato Grosso (ANEXO B).

#### 4.4 Aspectos éticos

Após a autorização para a realização da pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde de SINOP-MT (ANEXO C), o projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humanidades da Universidade Federal de Mato Grosso com Número do Parecer: 1.286.631 CEP-HUJM/2015 (ANEXO D) e faz parte do projeto matricial intitulado “Avaliação da Atenção Pré-natal em Unidades da Estratégia Saúde da Família no Município de Sinop-MT”, atendendo ao previsto na Resolução n.º466/2012 e da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que normatiza o desenvolvimento de pesquisas que envolvam seres humanos.

Respeitando as questões éticas, todas as gestantes participantes foram informadas sobre os objetivos da pesquisa, sendo-lhes assegurado o sigilo e anonimato de identidade e das demais informações coletadas, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, nas quais uma era entregue a gestante enquanto a outra via permanecia com a pesquisadora.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### *5.1 Resultados relacionados à caracterização sociodemográfica e obstétrica das gestantes e suas experiências e necessidades relacionadas ao atendimento pré-natal no município de Sinop-MT*

Participaram do presente estudo 145 gestantes, que compunham a população das usuárias das Unidades Saúde da Família do município de Sinop-MT. Os dados da caracterização dos locais de estudo foram organizados por USF e se encontra apresentada na tabela a seguir (Tabela 2), demonstrando que as unidades de saúde

com maior número de sujeitos participantes na pesquisa foram a do “Boa Esperança” (13/8,9%) e “Jardim Botânico” (13/8,9%) e as USF com menor quantitativo de participantes foi a do Jardim das Palmeiras (4/2,8%) e Jacarandás (4/2,8%).

**Tabela 2** - Análise descritiva da coleta de dados por Unidade Saúde da Família. Sinop-MT, 2018.

USF	Gestantes participantes	n (%)
Alto da Glória	8	5,5 %
Boa Esperança	13	8,9 %
Jardim Botânico	13	8,9 %
Jardim das Nações	10	6,9 %
Jardim Primavera	12	8,3 %
Jardim das Palmeiras	4	2,8 %
Jardim das Violetas	11	7,6 %
Jardim das Oliveiras	11	7,6 %
Maria Vindilina	7	4,8 %
Menino Jesus	5	3,5 %
Gente Feliz	12	8,3 %
Sebastião de Matos	11	7,6 %
Vitória Régia	7	4,8 %
Cidade Jardim	8	5,5 %
Jacarandás	4	2,8 %
São Cristóvão	9	6,2 %
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100</b>

**Legenda:** (USF) = Unidade Saúde da Família; (n) = número de participantes; (%) = frequência  
**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2018).

A faixa etária que predominou foi entre 20 a 24 anos de idade (51/35,2%). A idade média geral das 145 gestantes participantes deste estudo foi de 25,29 anos variando entre 15 a 39 anos, com desvio padrão (DP) igual a 5,64 e com mediana de 24 anos.

Em relação às demais características sociodemográficas das gestantes participantes, um pouco mais metade (84/57,9%) referiram ser da cor parda, a maioria

(125/86,2%) delas viviam com companheiro e 13,1% (19) das entrevistadas referiram ter ensino superior completo.

Quanto à renda familiar mensal (em salários-mínimos), 112 (64,1%) referiram viver com renda menor que 3 salários mínimos (média de 2,07 e desvio-padrão de 0,78), 84 (57,9%) relataram não exercer nenhuma atividade remunerada, tendo como ocupação ser do lar ou estudante, enquanto que 33 (22,76%) não quiseram responder à pergunta, conforme apresentado na tabela 2.

**Tabela 3** - Análise descritiva das características sociodemográficas das gestantes participantes da pesquisa (n= 145). Sinop-MT, 2018.

Variável	Quantidade	n (%)
<b>Idade</b>		
15   -   19	22	15,2%
20   -   24	51	35,2%
25   -   29	35	24,1%
30 ou mais	37	25,5%
<b>Cor</b>		
Amarela	7	4,9%
Branca	44	30,3%
Parda	84	57,9%
Preta	10	6,9%
<b>Estado Civil</b>		
Amasiada	59	40,7%
Casada	66	45,5%
Solteira	20	13,8%
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental completo	14	9,7%
Fundamental incompleto	7	4,8%
Médio completo	57	39,3%
Médio incompleto	27	18,6%
Superior completo	19	13,1%
Superior incompleto	21	14,5%
<b>Ocupação</b>		
Sim	28	19,3%
Não	84	57,9%
Não responderam	33	22,8%
<b>Renda (Salário mínimo)</b>		

1   -   2 salários	112	64,1 %
3   -   5 salários	24	23,9%
6 ou mais	9	12,0%
<b>Moradia</b>		
Alugada	91	62,8%
Cedida	8	5,5%
Própria	46	31,7%
<b>Parentes que residem na mesma casa</b>		
1   -   3	109	75,2%
4   -   7	34	23,5%
8 ou mais	2	1,4%

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

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2018).

Em relação aos dados obstétricos, 64 (44,1%) apresentaram Idade Gestacional (IG) entre 18- 28 semanas, sendo que mais da metade (96/66,2%) já era multigesta (média de filhos por participante = 2,05; desvio-padrão = 1,03), enquanto que 49 (33,8 %) ainda eram primigestas. O número de mulheres com histórico de 1-3 cesarianas foi de 48 (33,1%) entrevistadas, comparativamente maior ao de mulheres com histórico de 1-3 partos normais, que correspondeu a 39 (26,9%).

Foi observado também que uma maioria expressiva de gestantes (118/81,4%) já sofreu algum abortamento. Quanto ao número médio de consultas de pré-natal realizadas até o momento da pesquisa, 55 (37,9%) haviam realizado cinco ou mais consultas (apresentando a média de consultas realizadas = 4,24; desvio-padrão =1,97), sendo que 76 (52,4%) relataram acompanhamento no pré-natal apenas com o profissional médico no decorrer da gestação, enquanto o acompanhamento exclusivo com enfermeiro foi informado por apenas 8 gestantes (5,5%).

**Tabela 4** - Caracterização dos dados obstétricos das gestantes participantes da pesquisa, de acordo com a idade gestacional, paridade, tipos de parto, aborto, número de consultas realizadas no pré-natal, profissional que realiza o pré-natal (n= 145). Sinop-MT, 2018.

Variável	Quantidade	n (%)
----------	------------	-------

<b>IG</b>		
7   -   17	26	17,9%
18   -   28	64	44,1%
29   -   39	55	38,0%
<b>Número de gestações</b>		
1 gestação	49	33,8 %
2 gestações	60	41,4 %
3 gestações	18	12,4%
Mais de 3 gestações	18	12,4%
<b>Partos cesáreos</b>		
Nenhum	96	66,2%
1   -   3	48	33,1%
4 ou mais	1	0,70%
<b>Partos normais</b>		
Nenhum	106	73,1%
1   -   3	39	26,9%
<b>Abortos</b>		
Sim	118	81,4%
Não	27	18,6%
<b>Número de consultas de pré-natal</b>		
2   -   4 consultas	90	62,1%
5   -   7 consultas	46	31,7%
8 ou mais	9	6,2%
<b>Profissional que realiza o pré-natal</b>		
Médico	76	52,4%
Enfermeiro	8	5,5%
Ambos	61	42,1%

**Legenda:** (n) = número de participantes; (%) = frequência; (IG) = idade gestacional

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2018).

A idade gestacional (em semanas) das 145 gestantes participantes deste estudo no momento da coleta de dados variou de 7 a 39 semanas, com uma média de 25,08

semanas, desvio padrão de 7,79 e mediana de 26. Quanto ao número de consultas de pré-natal foi identificado o valor médio de 4,24 de consultas, com desvio padrão de 1,98.

Foram inseridas três perguntas abertas no instrumento com o objetivo de gerar ideias sobre as experiências e necessidades das participantes relativas ao atendimento pré-natal recebido nas USF.

A pergunta “Existe algo que os profissionais que te atendem poderiam fazer para melhorar o atendimento? (**Pergunta 1**) ” foi respondida por 88 gestantes (60,7%), das quais mais da metade (46/52,3%) referiram estarem satisfeitas com o atendimento que vem recebendo na gestação, 3 (3,4%) referiram “não ter nada a declarar”, enquanto que 39 (44,3%) expressaram alguma queixa ou sugestão para a melhoria do atendimento que estão recebendo nas USF, com destaque para a necessidade de receber mais atenção dos profissionais, desde a maneira como são recepcionadas no serviço até a escuta de suas queixas e dúvidas, conforme observado no quadro 1. Um total de 57(39,3%) gestantes não responderam à pergunta aberta 1.

**Quadro 1** – Relação de queixas e sugestões manifestadas pelas entrevistadas nas respostas a pergunta aberta 1 (n = 39). Sinop- MT, 2018.

<b>Queixas</b>	<b>n (%)</b>	<b>Sugestões</b>	<b>n (%)</b>
Recepção	2 (5,1 %)	Reduzir tempo de espera	3 (7,7%)
Atenção do profissional	16 (41,0 %)	Equipe demonstrar mais atenção/humanização	16 (41,0%)
Escuta qualificada	13 (33,3%)	Consultas com maior duração	2 (5,1%)
Explicações do profissional	4 (10,3 %)	Qualificação dos profissionais	2 (5,1%)
		Realização de mais exames e procedimentos	4 (10,3%)
		Encaminhamento para outros profissionais, quando necessário	2 (5,1%)
		Não trocar de médico ou ter que fazer acompanhamento no CEM* ao final da gestação	4 (10,3%)

**Legenda:** (n) = número de participantes; (%) = frequência; \*(CEM) = Centro de Especialidades Médicas

**Fonte:** Elaborado pelas pesquisadoras (2018).

A pergunta “Em sua opinião, qual(ais) outro(os) profissionais poderia(m) atender a gestante durante o cuidado pré-natal? **(Pergunta 2)** ” foi respondida por 86 gestantes (59,3%), sendo o nutricionista o profissional mais citado pelas entrevistadas (28/32,6%), seguido pelo psicólogo (18/20,9 %) e médico obstetra (14/20,9 %). Um total de 59 (40,7%) gestantes não responderam à pergunta 2.

Com relação a pergunta “Em sua opinião, o que é necessário para que o pré-natal seja considerado de qualidade? **(Pergunta 3)** ”, a mesma foi respondida por 85 gestantes (58,6%) que expressaram alguma opinião sobre o que consideram essencial na prestação de uma assistência de qualidade. Um total de 60 gestantes (41,4 %) não responderam à pergunta 3.

Dentre as opiniões relatadas na terceira pergunta aberta, identificou-se que 25 (29,4%) que relataram a importância de aspectos relacionados ao atendimento humanizado, como escuta, vínculo e interesse demonstrado pelos profissionais. As demais respostas estavam relacionadas a infraestrutura, funcionamento dos serviços e aos procedimentos técnicos realizados durante as consultas pré-natais. Observa-se no quadro 2 as respostas mais frequentemente apresentadas pelas gestantes, sendo que muitas entrevistadas expressaram mais de uma resposta dentre as que estão listadas abaixo:

**Quadro 2** – Principais respostas apresentadas pelas entrevistadas na pergunta aberta 3 (n = 85). Sinop-MT, 2018.

<b>O que consideram essencial na assistência pré-natal de qualidade</b>	<b>n (%)</b>
Atenção e humanização da equipe de saúde	25 (29,4%)
Acompanhamento com o mesmo profissional até o final da gestação	4 (4,7%)
Realização de exame físico e demais procedimentos de rotina	4 (4,7 %)
Atendimento com outros profissionais, além do médico	4 (4,7 %)
Infraestrutura adequada	6 (7,1 %)
Facilidade no agendamento de consultas	3 (3,5 %)
Maior número de consultas	2 (2,4 %)
Maior número de exames laboratoriais	5 (5,9 %)
Menor tempo de espera para consulta	6 (7,1 %)

Menor tempo de espera para resultados de exames laboratoriais	2 (2,4 %)
Profissionais qualificados	5 (5,9 %)
Maior número de profissionais	4 (4,7 %)
Serviços de coleta de exames e farmácias localizados próximos a comunidade	3 (3,5 %)

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

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2018).

## *5.2 Discussão dos resultados relacionados à caracterização sociodemográfica e obstétrica das gestantes e suas experiências e necessidades relacionadas ao atendimento pré-natal no município de Sinop-MT*

O presente estudo realizado nos dezesseis serviços de saúde da atenção primária disponíveis no município de Sinop- MT, contou com a participação de 145 gestantes que foram caracterizadas de acordo com seus dados sociodemográficos e obstétricos, sendo essencial a realização dessa caracterização do perfil das participantes, já que estudos comprovam que as características socioeconômicas podem influenciar no número de consultas de pré-natal e no número de gestação (LEITE et al., 2014)

Foi realizada ainda a análise das experiências expressadas e de suas respectivas necessidades frente ao cuidado pré-natal que recebem nas USF, que de acordo com o MS, devem ser a porta de entrada das gestantes no sistema de saúde, sendo capazes de acolher suas necessidades e proporcionar ações de saúde orientadas pela integralidade do cuidado, contribuindo para a solução dos problemas identificados (BRASIL, 2013).

Conforme apresentado, houve um número maior de participação na pesquisa nas USF dos bairros Boa Esperança e Jardim Botânico que somando juntas, resultaram em 17,8% (26 gestantes) de participação, localizadas nas regiões norte e noroeste da cidade, respectivamente.

Na análise descritiva da caracterização sociodemográfica das 145 gestantes participantes desta pesquisa, identificou-se que a idade média geral foi de 25,29 anos (DP = 5,64) variando de 15 a 39 anos, com destaque para as faixas etárias de 20 a 24 (51/35,2%) e acima de 30 anos (37/25,5%), demonstrando que as grávidas deste estudo eram mulheres mais experientes, pardas (57,9%) e casadas (66/45,5%).

Quanto ao nível de escolaridade, foi identificado que 57 (39,3%) mulheres referiam ter o Ensino Médio Completo, indicando que as participantes do estudo, embora apresentassem um nível de escolaridade baixo, com poucas (40/27,6%) gestantes com acesso ao nível superior, muitas delas tiveram acesso a estudo.

Prudêncio (2017) identificou em sua pesquisa realizada em Bauru-SP com o objetivo de avaliar a expectativa e satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal nos serviços públicos, que 69 (57,9%) gestantes participantes possuíam o ensino médio completo, demonstrando atingir um número superior ao encontrado neste estudo de participantes que já haviam finalizado o ensino médio (39,31%).

Enquanto que o estudo de Ortiga, Carvalho e Peloso (2015) realizado em Maringá-PR com o objetivo de identificar as percepções de gestantes usuárias do serviço público de saúde sobre a assistência pré-natal, constatou em uma população de 44 gestantes entre 20 e 39 anos, que mais da metade destas (30/ 68,18%), apresentavam Ensino Médio completo e apenas uma (2,27%) completou o Ensino Superior, divergindo com os dados encontrados nesta pesquisa, em que houveram 19 (13,10%) gestantes com o ensino superior completo e 21 (14,48%) que estavam cursando, totalizando 27,48% (40) da população com acesso ao nível superior.

A prevalência de gestantes com ensino médio foi ainda menor em outra pesquisa realizada com 133 gestantes de baixo e alto risco em uma maternidade pública de referência no município de Imperatriz, no Maranhão, no qual 27,82% das gestantes haviam concluído o ensino médio e apenas 5,26% concluíram o ensino superior (MAIA et al., 2014), reforçando que a maioria das gestantes que acessam o Sistema Único de Saúde para acompanhamento do pré-natal possuem baixa escolaridade em ambos os estudos.

Contrastando com esses resultados encontrados no Brasil, o estudo transversal realizado por Galle et al. (2015) em um hospital universitário na cidade de Ghent na Bélgica, identificou uma qualificação superior entre as 155 gestantes participantes. O estudo com o objetivo de analisar as expectativas e satisfação de gestantes com o pré-natal com foco em grupos vulneráveis, revelou que 31 (20,1%) gestantes haviam concluído o ensino médio, enquanto mais da metade (107/69,1%) apresentou ensino superior completo, demonstrando um número significativamente superior ao encontrado no presente estudo referente as gestantes com formação superior (19/13,10%).

O nível de escolaridade das gestantes é um dado importante na avaliação do risco gestacional, que segundo as recomendações do PHPN, deve ser realizado na primeira consulta pré-natal e nas consultas subsequentes para garantia do atendimento adequado aos riscos identificados a fim de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, sendo que a baixa escolaridade se constitui como um fator de risco que merece atenção, mas permite o acompanhamento da gestante pela equipe da atenção básica (BRASIL, 2013).

Nessa perspectiva, Santos et al (2015) consideram indispensável que o profissional de saúde conheça as condições sociais e econômicas das gestantes atendidas, devido a possibilidade de ocorrerem complicações relacionadas a esses fatores, como o comprometimento da qualidade de vida e do estado de saúde das mulheres relacionado a má condição financeira que por sua vez, pode estar relacionada a dificuldade de ingresso no mercado de trabalho devido à baixa escolaridade.

Observou-se ainda no presente estudo que 84 gestantes (57,93%) relataram não exercer nenhuma atividade remunerada, tendo como ocupação ser “do lar” ou “estudante” e um total de 112 (64,12 %) declararam viver com renda familiar mensal menor que 3 salários mínimos.

Dados sociodemográficos semelhantes e contraditórios foram encontrados em estudo descritivo realizado com 94 gestantes entre abril e maio de 2014, que descreveu o perfil epidemiológico e a percepção da assistência de gestantes de baixo risco atendidas em uma maternidade do Recife/PE, o qual identificou que 71% das participantes eram pardas/negras, 56% estavam na faixa etária entre 25 e 34 anos, 17% possuíam baixa escolaridade, 49% se encontravam desempregadas e 48% tinha renda familiar menor que um salário mínimo, corroborando com os dados deste estudo (CARDOSO et al., 2016).

No mesmo estudo de Cardoso et al (2016), 74,5% das gestantes eram casadas ou viviam em união estável, assim como neste estudo, onde predominou o número de mulheres casadas (45,5%). Destaca-se aqui a importância da presença do parceiro durante todo o processo gravídico, sendo que sua participação ativa nas consultas pré-natais deve ser incentivada pelo profissional de saúde, favorecendo a reflexão e o diálogo sobre as diversas mudanças que ocorrem com a chegada de um filho (BRASIL, 2013) e de fato efetivar o pré-natal do parceiro, uma vez que a maioria das gestantes relataram possuir companheiro.

O profissional de saúde deve estar atento aos aspectos psicoafetivos observados, por exemplo, na existência de situações conjugais desfavoráveis que podem influenciar o curso adequado da gestação, pois a medida que são identificados sinais e sintomas sugestivos de não aceitação da gestação, expectativas e comportamentos em relação ao bebê e à maternidade/paternidade, pode-se direcionar ações específicas para o atendimento das necessidades das mulheres, favorecendo a qualificação da atenção ao parto e puerpério (BRASIL, 2013).

Em relação aos dados obstétricos, a IG média das mulheres no momento da coleta de dados foi de 25,08 semanas (DP = 7,79; Mediana = 26), variando de 7 a 39 semanas gestacionais; sendo identificada ainda a média de 4,24 consultas (DP = 1,98) realizadas para acompanhamento pré-natal até aquele momento.

Almeida e Barros (2005) no estudo realizado em Campinas-SP com o objetivo de comparar a atenção à saúde recebida durante a gestação, o parto e o puerpério por mulheres de dois estratos de renda familiar atendidas no SUS e rede privada, consideraram a adequação do pré-natal no município paulista com base no índice de Kessner, avaliando o cuidado pré-natal dispensado como adequado quando fosse identificado o número de 4 ou mais consultas até a 25ª semana gestacional e inadequado se fosse identificado o número de 3 consultas ou menos até a 32ª semana gestacional. Segundo esse critério que possibilita corrigir a adequação do cuidado pré-natal pela IG, os achados do presente estudo podem ser considerados adequados, pois apontaram o número médio de 4,24 consultas realizadas pelas gestantes participantes que se encontravam predominantemente, entre a 18ª e 28ª semanas gestacionais.

O resultado encontrado nessa pesquisa do número médio de consultas pré-natais realizadas foi inferior aos achados identificados em outros estudos executados no Brasil, como por exemplo, o estudo de Prudêncio (2017) que avaliou a expectativa e satisfação de 377 mulheres com o cuidado pré-natal recebido na atenção básica do município de Bauru-SP, obtendo um número médio de consultas de pré-natal igual a 6,23 (DP = 2,54).

No entanto, levando-se em consideração que a população avaliada no estudo de Prudêncio (2017) foi composta apenas por gestantes com IG referente ao terceiro trimestre, poderia apresentar registros maiores de números de consultas pré-natais se comparados aos registros da presente pesquisa que abrangeu gestantes com IG entre 7 e 39 semanas, o que pode favorecer a ocorrência de flutuações de acordo com a semana de gestação das participantes no momento da entrevista.

Sendo assim, torna-se necessário destacar que o número de consultas, geralmente, depende da idade gestacional de início do pré-natal, mas também da capacidade do serviço de promover a adesão da usuária ao pré-natal (GUERREIRO et al., 2012), reforçando a necessidade dos profissionais de se engajarem para criar vínculo entre a gestante e o serviço de saúde.

As recomendações do MS para o acompanhamento de pré-natal em nosso país estabelecem o número mínimo de seis consultas como adequado, resultando em menores riscos maternos e maior qualidade da assistência prestada (BRASIL, 2012).

O MS afirma a importância da captação precoce das mulheres para início do acompanhamento pré-natal ainda no primeiro trimestre gestacional e sugere a realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação, havendo uma maior vigilância ao final da gestação devido a necessidade de avaliar o risco perinatal e as intercorrências clínico-obstétricas mais comuns no último trimestre, como pré-eclâmpsia e parto prematuro (BRASIL, 2013).

Maia et al (2014) objetivando descrever o indicador de qualidade da assistência recebida por 133 gestantes de baixo e alto risco que foram acompanhadas durante o pré-natal em uma maternidade pública do Maranhão, evidenciaram que apenas 38,35% delas realizaram seis ou mais consultas no decorrer de todo o acompanhamento pré-natal.

Ao ser identificado neste estudo que 31,72% das participantes realizaram cinco ou mais consultas de pré-natal nos serviços avaliados e se encontravam com uma média de idade gestacional de 25 semanas, verificou-se que por se tratar de estarem no segundo trimestre, o resultado atendeu ao número de consultas por trimestre gestacional que o MS preconiza, reforçando a importância de atender as recomendações do MS sobre o número mínimo de seis consultas pré-natais até o final da gestação (BRASIL, 2013), buscando atingir melhoras constantes desses índices pois o maior número de consultas está relacionado a desfechos obstétricos mais vantajosos para mãe e bebê (DOMINGUES et al., 2012).

Ainda se tratando do número de consultas durante o pré-natal, a OMS (2016) recomendou recentemente a realização mínima de oito consultas gestacionais, uma até a 12ª semanas, seguido com 20, 26, 30, 34, 36, 38 e 40 semanas gestacionais, alegando com base em estudos recentes, que o aumento do número de consultas está associado

a redução da probabilidade de natimorto, pois aumenta as oportunidades de detectar e gerir potenciais problemas no período gestacional.

Seguindo na análise dos dados obstétricos, no contexto da ocorrência de natimortalidade e abortamentos, um fato que chamou a atenção neste estudo, foi o histórico significativo de abortamento, revelado pela maioria (118/81,38%) das gestantes que participantes.

O abortamento é definido pelo MS como sendo a morte ou expulsão ovular ocorrida antes de 22 semanas ou quando o concepto pesa menos de 500g, sendo ocasionado por diversos fatores que se estendem desde a existência de alterações macrossomiais até a ocorrência de Sífilis (BRASIL, 2013), o que alerta ainda mais para a importância da realização de uma assistência adequada a saúde das gestantes no período gravídico e puerperal.

A qualidade do pré-natal visa a prevenção de morbimortalidade materna e neonatal. Com um número tão expressivo de abortamentos identificados neste estudo, há de se questionar e refletir em como o atendimento pré-natal vem sendo realizado em nosso município e investigar as causas deste número tão elevado, com o intuito de qualificar essa assistência que tem sido ofertada.

Sendo assim, os resultados demonstrados tornam-se preocupantes, frente as recomendações dos programas ministeriais voltados para a promoção da saúde e prevenção de agravos durante o pré-natal e merecem uma atenção especial em nosso município, para que haja uma investigação das possíveis causas, contextualizando esse resultado significativo para favorecer o direcionamento de ações para melhoria dos índices de mortalidade, voltadas, por exemplo, para a prevenção de abortamentos em casos em que este possa ser evitado.

Quanto ao profissional que acompanha o pré-natal, constatou-se neste estudo que 52,41% das gestantes relataram acompanhamento apenas com o médico, enquanto o acompanhamento exclusivo com enfermeiro foi informado por 5,52% das mulheres. Viellas et al (2014) identificou resultado semelhante em seu estudo com o objetivo de analisar a assistência pré-natal oferecida à 23.894 gestantes usuárias de serviços de saúde públicos e/ou privados no Brasil, no qual 75,6% do número total de mulheres foram atendidas pelo profissional médico, enquanto o percentual de gestantes atendidas por enfermeiro correspondeu a 24,4%.

Resultados diferenciados foram encontrados em um estudo realizado por Andrade, Castro e Silva (2016) nas ESF de Bonito-PE em 2014, no qual buscou-se analisar as percepções de 20 gestantes sobre as consultas médicas e de enfermagem no pré-natal de baixo risco ofertado no município, verificando-se que a maioria das participantes realizaram um número maior de consultas com o enfermeiro quando comparadas ao número de consultas realizadas pelo profissional médico.

De acordo com as recomendações do MS, a gestante precisa realizar pelo menos um número mínimo de seis consultas pré-natais, sendo que as de baixo risco são atribuições tanto do médico quanto do enfermeiro, devendo acontecer de forma intercalada entre esses dois profissionais (BRASIL, 2013).

Portanto, entende-se que estas divergências remetem a uma discussão sobre a autonomia do enfermeiro nas consultas de pré-natal de baixo risco, considerando-se os aspectos legais e a aceitabilidade social (ANDRADE; CASTRO; SILVA, 2016).

Em relação aos aspectos legais, o enfermeiro é respaldado a conduzir integralmente o pré-natal de risco habitual, de acordo com a lei do exercício profissional de enfermagem nº 7.498/86 (BRASIL, 1986) de 25 de junho de 1986 e regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 de 08 de junho de 1987 (BRASIL, 1987), cabendo também ao enfermeiro a realização das consultas às gestantes no acompanhamento de pré-natal.

Por meio das perguntas abertas inseridas no instrumento de coleta, identificou-se ainda o que as gestantes percebem como aspectos de qualidade na assistência pré-natal. Mais da metade das respostas obtidas demonstraram a satisfação das mulheres com o atendimento recebido, sendo identificadas queixas diversas por parte de algumas mulheres, referentes a relação profissional-gestante, como por exemplo, o cuidado e a atenção demonstrados pelos profissionais frente as dúvidas e queixas das mulheres.

Quando indagadas sobre os aspectos de qualidade do pré-natal na pergunta aberta 3, as respostas correspondentes ao maior percentual obtido (29,41 %) eram referentes a atenção da equipe de saúde com a gestante, que envolve a escuta qualificada das queixas da mesma, demonstração de interesse pelo profissional e disponibilidade em responder as dúvidas que ela expressa durante as consultas relacionadas, por exemplo, ao parto e alterações fisiológicas da gestação. Estes aspectos, muito relacionados a humanização da assistência pré-natal, também corresponderam ao maior percentual de queixas identificadas, pois a necessidade de atenção incluindo a escuta qualificada correspondeu ao total de 75,50 % das queixas

apresentadas pelo total de gestantes respondentes da pergunta aberta 1 que indagou quais melhorias poderiam ser feitas no atendimento ofertado a elas pelos profissionais que as atendiam nas USF.

Esses resultados demonstram que as mulheres valorizam o vínculo estabelecido com os profissionais e a equipe durante o acompanhamento do pré-natal, o que corrobora com o resultado de Ortiga, Carvalho e Peloso (2015) que objetivou identificar as percepções de 44 gestantes sobre a assistência pré-natal recebida na atenção básica de Maringá-PR, constataram que para o relacionamento interpessoal, o diálogo e vínculo criado com os profissionais ao longo da gestação eram os fatores de maior importância na percepção das participantes.

No estudo de Santos, Radovanovic e Marcon (2010) realizado na cidade de Cajazeiras/PB com 12 gestantes, constatou-se que apesar de demonstrarem satisfação com a assistência pré-natal, as entrevistadas expressaram anseio por informações relacionadas, por exemplo, ao parto e as mudanças fisiológicas da gestação, necessidades que também foram identificadas nos relatos das participantes do presente estudo.

Nesse sentido, Brasil (2014a) enfatiza a necessidade da individualização e integralidade do cuidado prestado pela equipe de saúde, valorizando as necessidades e expectativas manifestadas pela gestante nas consultas e construindo uma relação de confiança com a mulher, o que está incluso no preceito da humanização do PHPN, o qual requer atitudes éticas e solidárias por parte dos profissionais, propiciando um ambiente acolhedor (BRASIL, 2002).

Quando os cuidados técnicos são aliados ao acolhimento, à comunicação empática e à promoção de saúde, possibilitam a oferta de uma assistência integral no acompanhamento da gestação e influencia na adesão às consultas (CAMPOS et al., 2016).

A escuta qualificada, livre de julgamentos e preconceitos, favorece a comunicação do profissional com a gestante, contribuindo para a construção do conhecimento da mulher sobre si mesma e sobre assuntos essenciais que influenciarão no desfecho positivo da gestação e puerpério (BRASIL, 2013).

Algumas gestantes (6/7,06 %) expressaram uma valoração da infraestrutura das USF - incluindo equipamentos adequados e condições da sala de espera – e um menor tempo de espera para as consultas (6/7,06 %) como fatores necessários para a

qualificação da assistência. Tanto que a redução da espera foi uma das sugestões contidas em algumas respostas a pergunta aberta 1.

Prudêncio (2017) também evidenciou a insatisfação das gestantes com alguns aspectos relacionados a infraestrutura do serviço público de saúde, mais especificamente as condições de estacionamento, e também com o tempo de espera das consultas, o que demonstra a necessidade de melhorias nos aspectos organizacionais como a diminuição do tempo que as mulheres esperam para serem atendidas nas consultas pré-natais e também destinação de recursos materiais necessários na infraestrutura e funcionamento adequados dos serviços.

Muitas vezes, a forma como a unidade de saúde se organiza para atender as consultas de pré-natal, favorecem para a insatisfação das gestantes com o tempo em que precisam aguardar pelo atendimento, uma vez que os mesmos são realizados por ordem de chegada, por um único profissional de saúde, em sua maioria apenas pelo médico, em que é disponibilizado um número restrito de atendimento em um único dia da semana, dentre outros fatores.

Contraopondo estes resultados, Cardoso et al (2016), ao avaliarem o perfil epidemiológico e a percepção da assistência de 94 gestantes de baixo risco atendidas em uma maternidade pública do Recife/PE, identificaram que 58,5% delas afirmaram estarem muito satisfeitas e apenas 36,2% se consideram pouco satisfeitas com a organização e estrutura do serviço pesquisado.

Na prática dos serviços de saúde, percebe-se que a falta de recursos físicos, humanos e materiais pode dificultar o trabalho cotidiano da equipe, o que pode influenciar na resolutividade das ações desenvolvidas e conseqüentemente, na satisfação das usuárias que buscam o cuidado pré-natal (ROCHA et al., 2012). Sendo que, os investimentos na melhoria das estruturas físicas dos serviços responsáveis pelo atendimento às gestantes podem contribuir na redução dos índices de morbimortalidade materna (BARBOSA; VIANA FILHO, 2016).

Para que a assistência pré-natal seja oferecida adequadamente torna-se necessária a garantia dos recursos mínimos estabelecidos pelo MS. Nesse contexto, é importante que o estabelecimento de saúde proporcione uma área física com condições adequadas de iluminação, ventilação e limpeza, além da disponibilização dos materiais minimamente necessários como mesas e cadeiras para a realização das consultas; mesa ginecológica; escada de dois degraus; foco de luz; balança antropométrica para

adultos; esfignomanômetro; estetoscópio clínico; estetoscópio de Pinard; fita métrica; espéculos; pinças de Cheron; sonar Doppler; material para coleta de material para exame colpocitológico; gestograma ou disco obstétrico (BRASIL, 2013).

Quanto as demais respostas das participantes sobre os fatores de qualidade do cuidado pré-natal, destaca-se o acompanhamento com o mesmo profissional até o final da gestação, a realização de procedimentos de rotina, o encaminhamento com outros profissionais e maior número de profissionais, que somaram juntos 18,84% das respostas obtidas na pergunta aberta 3.

Em relação ao acompanhamento com o mesmo profissional do início ao fim da gestação, foi um fator citado e sugerido por 10% das gestantes (4 de 39 respondentes da questão aberta 1). Segundo Campos et al (2016) trata-se de um fator essencial no processo de construção do vínculo entre o profissional e a usuária, pois a alternância de muitos profissionais ao longo do acompanhamento pré-natal gera dificuldades no diálogo e expressão de dúvidas, o que pode interferir no envolvimento da gestante nas questões referentes ao seu pré-natal.

Outro dado apresentado que nos chamou a atenção, foi a gestante argumentar a presença do nutricionista como o profissional mais citado para terem acesso durante o pré-natal, quando interrogadas na pergunta aberta 2 sobre outros serviços que elas gostariam de receber nesse período gravídico.

É preconizado pelo MS que seja realizada a avaliação nutricional básica (peso e cálculo do Índice de Massa Corporal/ IMC) das mulheres, efetuando-se o registro rigoroso das informações no cartão da gestante em todas as consultas com o profissional médico/enfermeiro para o acompanhamento do ganho de peso até o final da gestação, além dos exames complementares trimestrais que constituem a rotina do acompanhamento das gestantes de baixo risco na atenção primária, para avaliação do estado geral do binômio mãe-filho (BRASIL, 2013). O estado nutricional da gestante é classificado segundo IMC por IG, sendo que os valores adequados estão estabelecidos no Manual de atenção ao pré-natal de baixo risco do MS (BRASIL, 2013), que contém ainda, as condutas sugeridas de acordo com o diagnóstico nutricional realizado.

Portanto, nas situações em que o profissional julga necessária a realização de uma maior investigação, como em casos específicos de baixo peso, sobrepeso ou obesidade, sugere-se a discussão com nutricionistas, pois se tratam de condições

associadas a complicações como por exemplo, a ocorrência de diabetes gestacional e de partos prematuros (BRASIL, 2013).

No entanto, os resultados deste estudo demonstram que as mulheres se interessam por conhecimentos aprofundados sobre sua condição nutricional e expressam o desejo por um acompanhamento com o profissional que tem essa formação específica, o que pode sugerir que a avaliação não está sendo realizada conforme o preconizado pelo MS (mesmo em relação as informações e explicações básicas que deveriam ser realizadas pelos profissionais durante as consultas), gerando nas gestantes essa necessidade.

### *5.3 Resultados referentes à análise descritiva dos dados coletados com a versão brasileira do instrumento Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care (PESPC) do domínio expectativa*

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

Nos resultados referentes à análise descritiva geral do domínio expectativa, constatou-se predomínio de alta expectativa para todas as subescalas. O destaque para a subescala de maior registro de alta expectativa foi identificado na subescala outros serviços com 131 (90,34%) das opções de respostas, seguida da subescala seguimento com o mesmo profissional apresentando 122 (84,14%) das opções de respostas. Tais resultados expressaram que as gestantes manifestaram uma alta expectativa em relação a assistência pré-natal nestes dois aspectos.

Na subescala cuidado integral, foi questionado a respeito do que as gestantes esperavam em relação aos seguintes atendimentos: 1. Ter realizado minha primeira consulta de pré-natal mais cedo; 2. Que minhas consultas de pré-natal durassem um tempo maior; 3. Mais das minhas consultas de pré-natal do que somente ser pesada e terem ouvido o coração do meu bebê; 4. Receber informações durante as consultas sem

ter que fazer muitas perguntas, demonstrando que as participantes esperavam mais por estes cuidados do que tem sido oferecido no município.

Com relação a subescala da expectativa das gestantes em relação ao seguimento de todo o pré-natal com o mesmo profissional, que abarcou a vontade da gestante em ter um mesmo profissional em todas as consultas e o desejo de que este profissional que acompanhou o pré-natal também realizasse o parto. Os resultados obtidos demonstraram que estes itens estavam entre as mais altas expectativas das participantes do estudo, o que denota um desejo de seguimento pelo mesmo profissional.

Adentrando na subescala do cuidado personalizado oferecido pelos profissionais, foi questionado quanto a expectativa das participantes em relação ao profissional demonstrar mais interesse pelo seu estado mental, da mesma forma que ele se preocupa com seu estado físico; que ele fosse mais cuidadoso ao realizar o exame físico; que ela tivesse acesso a alguém que ouvisse seus problemas; sendo questionado também sobre a expectativa dela em receber encaminhamento no momento que verbalizasse sobre um determinado problema ao profissional/equipe que a atende.

Na subescala outros serviços do domínio expectativa, a maioria (131/90,3%) das gestantes esperava receber atendimento de nutricionista e assistente social, conforme ilustrado na Tabela 5.

**Tabela 5** - Análise descritiva geral do domínio expectativa (n=145). Sinop-MT, 2018.

<b>Domínio Expectativa da versão brasileira do instrumento PESPC</b>	<b>Baixa Expectativa n (%)</b>	<b>Alta Expectativa n (%)</b>
Cuidado integral	41 (28,3)	104 (71,7)
Seguimento com o mesmo profissional	23 (15,9)	122 (84,1)
Cuidado personalizado	44 (30,3)	101 (69,7)
Outros serviços	14 (9,7)	131 (90,3)

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

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2018).

A tabela 6 demonstra as somas dos escores do domínio expectativa sobre a subescala cuidado integral do instrumento PESPC, visualizados por USF, no qual pode-

se observar que a unidade de saúde onde as mulheres expressaram maior expectativa em relação ao cuidado integral foi a USF Sebastião de Matos (soma/escore 79). Em relação ao maior registro de baixa expectativa sobre a subescala em questão, merece destaque os escores obtidos na USF Botânico (soma/escore = 127). A média da expectativa em relação ao cuidado integral foi de 10,40 (DP=4,84; Mediana = 9).

Estes dados demonstraram que as gestantes tiveram uma alta expectativa com relação a realizar a primeira consulta de pré-natal mais cedo; que as consultas durassem um tempo maior; que fosse ofertado um atendimento que fosse além de apenas a gestante ser pesada e auscultar o bebê e; de receber informações sem ter necessidade de fazer muitas perguntas.

**Tabela 6** – Soma dos escores do domínio expectativa sobre a subescala “Cuidado integral” do instrumento PESPC por USF (n=145). Sinop-MT, 2018.

<b>USF</b>	<b>Alta Expectativa (soma/escore)</b>	<b>Baixa Expectativa (soma/escore)</b>	<b>Total Geral</b>
Alto da Glória	55	17	72
Boa Esperança	73	69	142
Botânico	51	127	178
Cidade Jardim	28	71	99
Gente Feliz	65	58	123
Jacarandás	30	13	43
Menino Jesus	19	28	47
Nações	58	26	84
Oliveiras	78	13	91
Palmeiras	26	17	43
Primaveras	54	92	146
São Cristóvão	51	29	80
Sebastião de Matos	79	13	92
Maria Vindilina	49	14	63
Violetas	68	56	124
Vitória Régia	29	53	82

<b>Total Geral</b>	813	696	1509
--------------------	-----	-----	------

**Legenda:** (USF) = Unidade saúde da Família

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2018).

A tabela 7 demonstra as somas dos escores do domínio expectativa sobre a subescala seguimento com o mesmo profissional do instrumento PESPC, visualizados por USF, em que se pode observar que a unidade de saúde na qual as mulheres expressaram maior expectativa em relação ao seguimento com o mesmo profissional ao longo da gestação foi a USF Botânico (soma/escore 39) e o maior registro de baixa expectativa para a mesma subescala foi obtido na USF Boa Esperança (soma/escore = 43), tendo como média para a subescala seguimento com o mesmo profissional 4,18 (DP = 2,32; Mediana = 4).

Importante ressaltar que houveram 4 USF em que nenhuma gestante demonstrou baixa expectativa com relação a esperar pelo atendimento do mesmo profissional em todas as consultas e a ter esse profissional que a acompanhou em seu pré-natal no momento do seu parto.

**Tabela 7 –** Soma dos escores do domínio expectativa sobre a subescala “Seguimento com o mesmo profissional” do instrumento PESPC por USF (n=145). Sinop-MT, 2018.

<b>USF</b>	<b>Alta Expectativa (soma/escore)</b>	<b>Baixa Expectativa (soma/escore)</b>	<b>Total Geral</b>
Alto da Glória	18	18	36
Boa Esperança	32	43	75
Botânico	39	14	53
Cidade Jardim	29	8	37
Gente Feliz	38	0	38
Jacarandás	8	7	15
Menino Jesus	20	0	20
Nações	30	8	38
Oliveiras	28	14	42
Palmeiras	6	16	22
Primaveras	30	15	45

São Cristóvão	29	0	29
Sebastião de Matos	35	9	44
Maria Vindilina	23	12	35
Violetas	12	26	58
Vitória Régia	20	0	20
<b>Total Geral</b>	<b>417</b>	<b>190</b>	<b>607</b>

**Legenda:** (USF) = Unidade saúde da Família

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2018).

A tabela 8 demonstra as somas dos escores do domínio expectativa sobre a subescala cuidado personalizado do instrumento PESPC, visualizados por USF, em que se pode atentar que a unidade de saúde em que as mulheres expressaram maior expectativa em relação ao cuidado individualizado dos profissionais de saúde foi a USF Primaveraes (soma/escore 87). Em relação ao maior registro de baixa expectativa sobre a mesma subescala, destacam-se os escores obtidos na USF Violetas (soma/escore = 116). A média dos scores para a expectativa da subescala do cuidado foi de 10,51 (DP= 4,31, Mediana = 10).

As gestantes da USF do Botânico apresentaram uma alta expectativa com relação a esperar por um atendimento em que o profissional de saúde fosse mais cuidadoso ao examina-las; que tivesse alguém disponível na unidade de saúde que soubesse ouvir os seus problemas; que o profissional de saúde demonstrasse preocupação com a saúde mental das gestantes da mesma forma que o estado físico e que o profissional de saúde realizasse o encaminhamento adequado segundo o problema apresentado.

**Tabela 8** – Soma dos escores do domínio expectativa sobre a subescala “Cuidado personalizado” do instrumento PESPC por USF (n=145). Sinop-MT, 2018.

<b>USF</b>	<b>Alta Expectativa (soma/escore)</b>	<b>Baixa Expectativa (soma/escore)</b>	<b>Total Geral</b>
Alto da Glória	43	47	90
Boa Esperança	55	105	160
Botânico	59	105	164
Cidade Jardim	29	66	95
Gente Feliz	63	61	124
Jacarandás	25	14	39
Menino Jesus	37	13	50
Nações	81	0	81
Oliveiras	77	13	90
Palmeiras	32	13	45
Primaveras	87	33	120
São Cristóvão	65	0	65
Sebastião de Matos	64	34	98
Maria Vindilina	47	29	76
Violetas	41	116	157
Vitória Régia	34	36	70
<b>Total Geral</b>	<b>839</b>	<b>685</b>	<b>1524</b>

**Legenda:** (USF) = Unidade saúde da Família

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2018).

Na tabela abaixo (tabela 9) encontram-se as somas dos escores do domínio expectativa sobre a subescala outros serviços do instrumento PESPC, subdivididas por USF, em que se identificou que as mulheres expressaram maior expectativa pelos serviços de assistente social e nutricionista foi a USF Gente Feliz (soma/escore 48). Em relação ao maior registro de baixa expectativa sobre a mesma subescala, destacam-se os escores obtidos na USF Boa Esperança (soma/escore = 28). Média dos scores da subescala de outros serviços foi de 4,04 (DP=2; Mediana=4).

Nesse sentido, as gestantes da USF Gente Feliz demonstraram um desejo maior de serem acompanhadas por uma nutricionista e assistente social.

**Tabela 9** – Soma dos escores do domínio expectativa sobre a subescala ‘outros serviços’ do instrumento PESPC por USF (n=145). Sinop-MT, 2018.

<b>USF</b>	<b>Alta Expectativa (soma/escore)</b>	<b>Baixa Expectativa (soma/escore)</b>	<b>Total Geral</b>
Alto da Glória	30	0	30
Boa Esperança	36	28	64
Botânico	45	15	60
Cidade Jardim	19	17	36
Gente Feliz	48	0	48
Jacarandás	14	0	14
Menino Jesus	12	0	12
Nações	27	7	34
Oliveiras	36	0	36
Palmeiras	12	12	24
Primaveras	37	22	59
São Cristóvão	23	0	23
Sebastião de Matos	34	10	44
Maria Vindilina	26	0	26
Violetas	42	7	49
Vitória Régia	27	0	27
<b>Total Geral</b>	<b>468</b>	<b>118</b>	<b>586</b>

**Legenda:** (USF) = Unidade saúde da Família

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2018).

#### *5.4 Frequências das respostas aos itens por subescala do domínio expectativa da versão brasileira do instrumento PESPC*

As frequências das respostas aos 41 itens dispostos nas oito subescalas da versão brasileira do instrumento PESPC, são apresentadas nas tabelas 10, 11, 12 e 13 cujos dados se referem ao domínio expectativa e nas tabelas 14, 15, 16 e 17 referentes ao domínio satisfação.

Em relação ao domínio expectativa, as frequências das respostas encontradas neste estudo aos quatro itens que avaliaram a expectativa das gestantes quanto ao cuidado integral demonstraram um predomínio de resposta nas opções “concordo” e “concordo totalmente” para os itens existentes nessa subescala. A ordem dos itens com as maiores respostas à opção “concordo totalmente” foram: item 1 (Ter realizado minha primeira consulta de pré-natal mais cedo) com 51 (35,1%), seguida do item 4 (Receber informações durante as consultas sem ter que fazer muitas perguntas) com 48 (33,1%) das opções de resposta.

Enquanto que a ordem dos itens com as maiores respostas à opção “concordo” foram novamente o item 1, seguido pelo item 3 (Mais das minhas consultas de pré-natal do que somente ser pesada e terem ouvido o coração do meu bebê) e 4 (Receber informações durante as consultas sem ter que fazer muitas perguntas), ambas com 46 (31,7).

Esses resultados demonstraram a alta expectativa das gestantes quanto ao cuidado integral recebido, as quais demonstraram que esperavam o início precoce do pré-natal e também esperavam receber informações dos profissionais sem ter que realizar muitas perguntas durante as consultas de pré-natal, valorizando um diálogo em que o profissional de saúde antecipasse as informações relevantes. Tais resultados estão dispostos na tabela 10 a seguir.

**Tabela 10** - Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala cuidado integral do domínio expectativa da versão brasileira do instrumento PESPC (n = 145). Sinop- MT, 2018.

PESPC	Escore das respostas						
	Itens (Expectativa)	1 Concordo totalmente n(%)	2 Concordo n(%)	3 Concordo um pouco n(%)	4 Discordo um pouco n(%)	5 Discordo n(%)	6 Discordo totalmente n(%)
1 - Ter realizado minha primeira consulta de pré-natal mais cedo.	51 (35,2)	47 (32,4)	15 (10,3)	8 (5,5)	11 (7,6)	13 (9,0)	0(0)
2- Que minhas consultas de pré-natal durasse um tempo maior.	23 (15,9)	44 (30,3)	31 (21,4)	18 (12,4)	18 (12,4)	11 (7,6)	0(0)
3- Mais das minhas consultas de pré-natal do que somente ser pesada e terem ouvido o coração do meu bebê.	44 (30,3)	46 (31,7)	21 (14,5)	17 (11,7)	12 (8,3)	5 (3,5)	0(0)
4- Receber informações durante as consultas sem ter que fazer muitas perguntas.	48 (33,2)	46 (31,7)	15 (10,3)	10 (6,9)	16 (11)	10 (6,9)	0(0)

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

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2018).

Em relação à segunda subescala do PESPC que pesquisou a expectativa das mulheres sobre o seguimento com o mesmo profissional ao longo do acompanhamento pré-natal, observa-se na tabela a seguir (Tabela 11) que houve predomínio absoluto da opção de resposta “concordo totalmente” em ambos os itens analisados, revelando a alta expectativa das gestantes, principalmente, quanto a possibilidade de poder contar com o mesmo profissional de saúde durante todo período gestacional. A ordem dos itens com as maiores respostas à opção “concordo totalmente” foram: item 5 (Ter um mesmo profissional para todas as minhas consultas de pré-natal) com 88 (60,7%) gestantes que

assinaram esta expectativa, seguido do item 6 (Que o profissional que faz o meu pré-natal fizesse o meu parto) com 59 (40,6%) das opções de respostas.

**Tabela 11** - Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala seguimento com o mesmo profissional do domínio expectativa da versão brasileira do instrumento PESPC (n = 145). Sinop- MT, 2018.

PESPC	Escore das respostas						
	1 Concordo totalmente n(%)	2 Concordo n(%)	3 Concordo um pouco n(%)	4 Discordo um pouco n(%)	5 Discordo n(%)	6 Discordo totalmente n(%)	NR n(%)
5 - Ter um mesmo profissional para todas as minhas consultas de pré-natal.	88 (60,7)	41 (28,3)	6 (4,1)	5 (3,4)	3 (2,1)	2 (1,4)	0(0)
6 - Que o profissional que faz o meu pré-natal fizesse o meu parto.	59 (40,6)	29 (20,0)	18 (12,4)	10 (6,9)	20 (13,7)	9 (6,2)	0(0)

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

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2018).

Em relação ao cuidado personalizado oferecido pelos profissionais da equipe de saúde, observou-se que as gestantes do estudo esperavam um cuidado maior por parte dos profissionais de saúde ao realizarem o exame físico durante as consultas de pré-natal, além de esperarem que fossem encaminhadas quando relatassem algum problema e fosse cuidada na parte do estado mental.

Por outro lado, pôde-se observar uma baixa expectativa em relação ao item 9, indicando que as gestantes não esperavam que alguém da equipe as ouvisse quando expressassem algum problema, conforme evidenciado na tabela 12.

**Tabela 12** - Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala cuidado personalizado do domínio expectativa da versão brasileira do instrumento PESPC (n = 145). Sinop- MT, 2018.

PESPC	Escore das respostas						
	Itens (Expectativa)	1 Concordo totalmente n(%)	2 Concordo n(%)	3 Concordo um pouco n(%)	4 Discordo um pouco n(%)	5 Discordo n(%)	6 Discordo totalmente n(%)
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.	44 (30,3)	42 (29)	28 (19,3)	13 (9,0)	12 (8,3)	6 (4,1)	0(0)
8- Que o profissional que me atende fosse cuidadoso durante o exame físico.	45 (31,0)	69 (47,6)	16 (11,1)	7 (4,8)	6 (4,1)	2 (1,4)	0(0)
9- Que alguém ouvisse os meus problemas.	22 (15,2)	20 (13,8)	23 (15,9)	25 (17,2)	38 (26,2)	17 (11,7)	0(0)
10- Um encaminhamento quando eu falasse ao profissional/equipe sobre um problema.	45 (31,0)	51 (35,2)	27 (18,6)	5 (3,5)	11 (7,6)	6 (4,1)	0(0)

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

Fonte: Elaborado pelas autoras (2018).

Já em relação a subescala outros serviços, o destaque foi registrado para a opção “concordo totalmente” com 84 (57,9%) para o item 12 (Que o serviço de uma nutricionista fizesse parte do pré-natal). O item 11 (Que um assistente social fornecesse parte do meu

cuidado pré-natal) obteve 50 (34,5%) das opções de respostas “concordo”, retratando a alta expectativa das gestantes em relação a receber a assistência de serviço nutricional e de assistência social ao longo do pré-natal. Esses resultados são observados na tabela 13 a seguir.

**Tabela 13** - Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala outros serviços do domínio expectativa da versão brasileira do instrumento PESPC (n = 145). Sinop- MT, 2018.

PESPC	Escore das respostas						
	1 Concordo totalmente n(%)	2 Concordo n(%)	3 Concordo um pouco n(%)	4 Discordo um pouco n(%)	5 Discordo n(%)	6 Discordo totalmente n(%)	NR n(%)
11- Que um assistente social forneça parte do meu cuidado pré-natal.	41 (28,3)	50 (34,5)	30 (20,7)	9 (6,2)	9 (6,2)	6 (4,1)	0(0)
12 -Que o serviço de uma nutricionista fizesse parte do pré-natal.	84 (57,9)	46 (31,7)	7 (4,8)	2 (1,4)	2 (1,4)	4 (2,8)	0(0)

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

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2018).

Em relação à análise da estatística descritiva dos resultados das subescalas da versão brasileira do instrumento PESPC para o domínio expectativa, a maior média entre os itens identificada foi para subescala cuidado personalizado (média = 10,5; mediana = 10; DP = 4,31), seguida da subescala cuidado integral (média = 10,4; mediana = 18; DP = 4,84), como observado na tabela 14 a seguir.

**Tabela 14** – Estatística descritiva dos resultados da subescala do domínio expectativa da versão brasileira do instrumento PESPC referente às participantes do estudo pertencentes as Unidades Saúde da Família (n=145). Sinop-MT, 2018.

<b>Subescalas Domínio Expectativa</b>	<b>Nº de itens</b>	<b>Intervalo possível</b>	<b>Intervalo obtido</b>	<b>Mediana</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>DP</b>
Cuidado integral	4	4 – 24	4 – 24	18	10,4	4,84
Seguimento com o mesmo profissional	2	2 – 12	2 – 12	4	4,1	2,32
Cuidado personalizado	4	4 – 24	4 – 24	10	10,5	4,31
Outros serviços	2	2 – 12	2 – 12	4	4,04	2,0

**Legenda:** (DP) = desvio padrão

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2018).

### *5.5 Discussão dos resultados referentes à análise descritiva dos dados coletados com a versão brasileira do instrumento Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care (PESPC) do domínio expectativa*

Os resultados relacionados ao domínio expectativa identificaram altos níveis de expectativas das usuárias com relação ao cuidado pré-natal que vem sendo dispensado a esta população, envolvendo aspectos relacionados ao cuidado integral, seguimento com o mesmo profissional, cuidado personalizado e a oferta de outros tipos de serviços durante o acompanhamento de pré-natal.

Resultados diferentes relativos a expectativa de gestantes com o pré-natal através da aplicação do PESPC foram identificados nos estudos de Galle et al (2015) realizado na Bélgica e no estudo de Prudêncio (2017), realizado no Brasil. No estudo de Galle et al (2015) verificou-se baixas pontuações, ou seja, baixa expectativa das gestantes com o cuidado pré-natal recebido. No entanto, deve-se considerar a conformação do sistema de saúde da Bélgica, enquanto país desenvolvido, que possui padrões extremamente elevados e se baseia em um sistema misto (público, privado e seguros de saúde), no

qual as mulheres são livres para escolher o prestador de cuidados de saúde durante a gravidez, que é geralmente o profissional ginecologista.

Esse resultado também foi verificado no estudo de Prudêncio (2017), no qual houve um registro de baixas expectativas das gestantes em 74% das opções das respostas.

De forma geral, no presente estudo, as gestantes expressaram alta expectativa principalmente relacionadas a disponibilidade de acesso a outros serviços, a exemplo de nutricionista e assistente social, seguido pelo desejo expresso de desejarem serem atendidas pelo mesmo profissional que realizou o pré-natal na maternidade e de serem atendidas por um único profissional durante o acompanhamento de pré-natal.

Para a subescala outros serviços, houve o predomínio da opção de resposta de concordância sobre a expectativa das gestantes em receberem a assistência de outros tipos de serviços durante o acompanhamento de pré-natal, com maior registro de expectativa pelo serviço nutricional.

Esses achados encontrados foram semelhantes aos resultados identificados por Prudêncio (2017) ao utilizar o mesmo instrumento para avaliação da expectativa e satisfação de gestantes atendidas na atenção primária do município de Bauru-SP, no qual também foi retratada a alta expectativa das gestantes em relação a inclusão dos serviços nutricionais e de assistência social no período gravídico.

No entanto, Galle et al (2015) demonstraram um resultado diferente em seu estudo, no qual a subescala “outros serviços” obteve o menor índice de concordância (37,7%) das respostas de concordância, indicando uma baixa expectativa das gestantes em relação à disponibilidade de outros serviços no cuidado pré-natal, denotando que o serviço de nutricionista e assistente social não foram serviços que as gestantes esperavam receber no período gestacional.

As participantes do presente estudo esperavam serem acompanhadas pelo mesmo profissional do início ao fim da gestação, o que também foi constatado por Galle et al. (2015) em Ghent na Bélgica, que identificou altas expectativas das gestantes (67,4%) em relação a esse item específico.

A mudança de profissionais durante o pré-natal pode interferir negativamente no estabelecimento adequado do vínculo entre a gestante e o profissional, prejudicando a adesão ao serviço (CAMPOS et al., 2016). Sendo assim, a continuidade do atendimento com um mesmo profissional durante todo o pré-natal pode ser considerada como uma

importante estratégia para melhorar a saúde e o bem-estar materno e neonatal (PRUDÊNCIO, 2017).

A confiança da gestante em relação ao profissional que presta os cuidados pode ser prejudicada quando a mesma não percebe a consulta como um momento de acolhimento e isso favorece a redução do vínculo profissional-usuária, que por sua vez, possui relação direta com o aparecimento de complicações como a ocorrência de infecções urinárias, prematuridade e hemorragia puerperal que estão diretamente relacionadas a mortalidade materna e neonatal (ANDRADE; CASTRO; SILVA, 2016), resultados da falta de vínculo que pode diminuir o número de consultas durante a gestação e, conseqüentemente diminuir a qualidade do pré-natal e de acesso aos serviços disponibilizados.

Segundo Brasil (2014a) o ideal seria que não houvesse ruptura ou fragmentação na atenção de saúde à gestação e ao parto, que deveria se estender até o final da gestação com o parto e o nascimento.

Vários estudos brasileiros que avaliaram a percepção das gestantes em relação ao cuidado pré-natal constataram a importância dada pelas mulheres ao relacionamento interpessoal, vínculo com a equipe de saúde e acolhimento recebido (BARBOSA, GOMES DIAS, 2011; ORTIGA, CARVALHO, PELLOSO, 2015). Ainda segundo Ortiga, Carvalho e Pelloso (2015) o acolhimento e escuta qualificada são atitudes que as gestantes esperam dos profissionais que as atendem, além de serem recomendadas pelos programas desenvolvidos pelo MS para qualificação da atenção pré-natal, como a estratégia Rede Cegonha.

Com relação à subescala de cuidado integral, que aborda sobre receber informações nas consultas, sem ter que fazer muitas perguntas, seguido pelo desejo de terem iniciado o acompanhamento do pré-natal mais precocemente e a consulta abarcasse muito mais do que apenas pesagem e ausculta cardiófetal, demonstrou o interesse das gestantes para que os profissionais demonstrassem preocupação com suas necessidades prestando um cuidado integral, que vai além da realização dos procedimentos de rotina nas consultas de pré-natal.

Nesse sentido, Santos, Radovanovic e Marcon (2010) destacam que a assistência pré-natal não deve se restringir apenas as ações clínico-obstétricas, mas envolver ações que visem atender as necessidades das gestantes levando em consideração o contexto em que elas vivem.

A OMS (2016) considera que o “contato” da mulher com o profissional de saúde deve ser mais do que uma simples “visita”, se constituindo numa oportunidade para cuidados qualificados durante toda a gestação, capazes de atender as reais necessidades das usuárias do serviço pré-natal, o que também é recomendado insistentemente pelo MS (BRASIL, 2013) como fator relacionado a humanização do cuidado, que é um dos pilares do PHPN.

O estudo de Guerreiro et al (2012) também corrobora com este posicionamento, pois as gestantes elencaram as informações e o acolhimento ofertados pelos profissionais e o cuidado integral entre os principais fatores que qualificam o pré-natal.

A integralidade do cuidado é um dos princípios constitucionais do SUS que pode modificar os modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde, pois passa-se a perceber as necessidades físicas, emocionais e sociais dos usuários como indissociáveis, levando a ações de promoção, prevenção e articulação com as demais ações curativas e reabilitadoras (BRASIL, 2013).

O cuidado personalizado, isto é, individualizado, personificado, integral, que avançasse no modelo biomédico, tradicional e que abrangesse a saúde mental das gestantes recebeu uma valoração de alta expectativa por mais da metade das participantes. Nesse sentido, Andrade, Castro e Silva (2016) explicam que a formulação de um modelo biopsicossocial busca formar profissionais que consideram as necessidades biológicas, culturais e sociais das mulheres em nível preventivo, e não apenas, o processo saúde-doença com enfoque curativo.

Os resultados referentes a essa subescala retrataram a alta expectativa das gestantes em relação a assistência individualizada no pré-natal, na qual os anseios e queixas da gestante pudessem ser considerados; em que o profissional de saúde demonstrasse um cuidado zeloso ao realizar os procedimentos e valorizasse os aspectos emocionais envolvidos na gestação.

Nesse sentido, as equipes de atenção primária devem estar atentas aos aspectos emocionais, pois os processos psicoafetivos são comuns no período gravídico-puerperal e devem ser compreendidos pelos profissionais, para que haja sua correta avaliação, identificação e desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e tratamento em saúde mental (BRASIL, 2013).

Mesmo com 26,2% (38) das respostas indicando que as participantes não esperavam receber uma atenção da equipe na escuta de seus problemas, os resultados

demonstraram contraditoriamente, uma alta expectativa (35,2% de frequência de respostas concordantes para o item 10) das gestantes em receberem encaminhamento quando expressassem um problema a equipe.

26,2% (38) das respostas das gestantes indicaram que as participantes não esperavam receber da equipe uma escuta qualificada com relação aos seus problemas, o que pode estar relacionado ao disposto nas perguntas abertas, em que foi demonstrado que a baixa expectativa com relação a esta subescala esteve relacionada a falta de atenção do profissional, a não existência de uma escuta qualificada e a não disponibilidade de explicações pelo profissional de saúde, representando queixas de 40%, 32,5% e 10% das participantes.

Prudêncio (2017), ao utilizar a versão brasileira do instrumento PESPC para avaliação da expectativa e satisfação de gestantes atendidas na atenção primária do município de Bauru-SP, identificou também baixo nível de expectativa das gestantes em receber esse cuidado pré-natal personalizado. A autora constatou que as participantes do estudo não esperavam que o profissional fosse cuidadoso durante o exame físico, se preocupasse com estado mental delas ou estivessem atentos aos problemas relatados por elas.

#### *5.6 Resultados referentes à análise descritiva dos dados coletados com a versão brasileira do instrumento Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care (PESPC) do domínio satisfação*

A análise descritiva geral do domínio satisfação constatou o predomínio de alta satisfação das gestantes participantes da pesquisa para todas as subescalas, sendo o maior registro de alta satisfação identificado na subescala cuidado profissional com 133 (91,7%) das respostas aos itens, seguida da subescala informação do profissional com 116 (80,0%) das opções de respostas.

Já o destaque para a baixa satisfação foi identificado na subescala características do sistema com 47 (32,4%) das opções de respostas, demonstrando a insatisfação das gestantes com a infraestrutura e medidas organizacionais dos serviços públicos de pré-natal, conforme evidenciado na tabela a seguir (Tabela 15).

**Tabela 15** - Análise descritiva geral do domínio satisfação (n=145). Sinop-MT, 2018.

<b>Domínio Satisfação da versão brasileira do instrumento PESPC</b>	<b>Muito Satisfeita n (%)</b>	<b>Muito insatisfeita n (%)</b>
Informação do profissional	116 (80,0)	29 (20)
Cuidado profissional	133 (91,7)	12 (8,3)
Interesse da equipe	110 (75,9)	35 (24,1)
Características do Sistema	98 (67,6)	47 (32,4)

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

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2018).

Na subescala de informação profissional, a maioria (116/80,0%) das entrevistadas demonstrou estar muito satisfeita com relação aos serviços ofertados pela enfermeira de saúde pública; com as explicações que o profissional de saúde oferecia sobre os procedimentos médicos, condução da consulta de pré-natal, assuntos gerais discutidos nas consultas, informações sobre o percurso da gravidez e preparo para a admissão do papel social de mãe no cuidado de um recém-nascido. Sendo que o item referente a maneira como o profissional tem preparado as gestantes para o trabalho de parto e parto teve o maior registro de insatisfação (20/13,8% das respostas de discordância) nessa subescala, o que nos traz a reflexão de como estas gestantes têm sido preparadas para o momento do parto.

A maioria das entrevistadas responderam que se encontram satisfeitas com a forma de como os profissionais as têm tratado; do respeito que eles têm tido para com elas; da qualidade do cuidado ofertado; de se sentirem que não estão desperdiçando o tempo delas ao realizarem a consulta de pré-natal; por se sentirem à vontade e sem constrangimento para realizarem questionamentos e; de não necessitarem repetir a mesma história várias vezes.

Sobre a satisfação das gestantes referente ao interesse da equipe, abrangendo a forma como os membros da equipe de saúde demonstram preocupação e as tratam; sobre o tempo gasto conversando assuntos do interesse delas; as atitudes da equipe e o tempo dedicado diante dos problemas de saúde ou da ausência deles, houve predominância de satisfação do atendimento que as participantes têm recebido.

Quanto as características do sistema que englobam os aspectos relacionados ao tempo de espera que as gestantes dispensam para serem atendidas; o tempo total que ela gasta no serviço de saúde; as facilidades que o serviço de saúde disponibiliza de estacionamento; as condições da sala de espera e do consultório do serviço de saúde; sobre a possibilidade de agendamento da consulta de pré-natal de acordo com a disponibilidade de horário da gestante; a facilidade ou não de reagendar as consultas de pré-natal; o acesso ao agendamento no primeiro trimestre (no início da gestação); realizar todos os exames recomendados e; a realização de consultas nos primeiros sete meses de gestação, uma parte significativa das participantes (32,4%) demonstrou estar muito insatisfeitas com estes atendimentos, especialmente com o tempo que elas gastam no serviço de saúde, demonstrado por 25 (17,2%) gestantes.

Considerando que na análise geral, o maior registro de alta satisfação foi obtido na subescala cuidado profissional, pode-se visualizar na tabela 16 a seguir, as somas dos escores relacionados a essa subescala por USF, em que se pôde identificar 6 escores máximos (score = 21) de alta satisfação referente ao cuidado profissional. A UBS do Botânico demonstrou um número maior (137) de gestantes satisfeitas com o cuidado integral. Nas USF Alto da Glória, Botânico, Cidade Jardim, Jacarandás, Nações e Maria Vindilina não houve nenhuma gestante insatisfeita com o cuidado profissional.

**Tabela 16** – Soma dos escores do domínio satisfação sobre a subescala “cuidado profissional” do instrumento PESPC por USF (n=145). Sinop-MT, 2018.

<b>USF</b>	<b>Muito satisfeita (soma/escore)</b>	<b>Muito insatisfeita (soma/escore)</b>	<b>Total Geral</b>
Alto da Glória	82	0	82
Boa Esperança	120	64	184
Botânico	137	0	137
Cidade Jardim	87	0	87
Gente Feliz	91	29	120
Jacarandás	44	0	44
Menino Jesus	45	25	70
Nações	111	0	111
Oliveiras	122	22	144

Palmeiras	24	49	73
Primaveras	117	20	137
São Cristóvão	89	21	110
Sebastião de Matos	106	19	125
Maria Vindilina	84	0	84
Violetas	99	24	123
Vitória Régia	85	31	116
<b>Total Geral</b>	<b>1443</b>	<b>304</b>	<b>1747</b>

**Legenda:** (USF) = Unidade saúde da Família

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2018).

O maior registro de insatisfação na análise geral do domínio expectativa foi obtido na subescala “características do sistema”. No entanto, a soma dos escores da subescala em questão, permite uma avaliação mais detalhada a respeito do registro de baixa expectativa com as características do sistema por USF.

Dessa forma, identifica-se na tabela 17 que a USF na qual as gestantes expressaram maior insatisfação com as características do sistema de saúde foi a USF Oliveiras (soma/escore = 256), seguido da USF Menino Jesus que obteve o número máximo possível na soma dos escores (222).

**Tabela 17** – Soma dos escores do domínio satisfação sobre a subescala ‘características do sistema’ do instrumento PESPC por USF (n=145). Sinop-MT, 2018.

<b>USF</b>	<b>Muito satisfeita (soma/escore)</b>	<b>Muito insatisfeita (soma/escore)</b>	<b>Total Geral</b>
Alto da Glória	138	89	227
Boa Esperança	201	166	367
Botânico	264	73	337
Cidade Jardim	139	50	189
Gente Feliz	191	126	317
Jacarandás	94	0	94
Menino Jesus	0	222	222
Nações	192	49	241

Oliveiras	129	256	385
Palmeiras	46	89	135
Primaveras	176	148	324
São Cristóvão	105	121	226
Sebastião de Matos	179	67	246
Maria Vindilina	81	156	237
Violetas	149	141	290
Vitória Régia	90	128	218
<b>Total Geral</b>	<b>2.174</b>	<b>1.881</b>	<b>4.055</b>

**Legenda:** (USF) = Unidade saúde da Família

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2018).

### *5.7 Frequências das respostas aos itens por subescala do domínio satisfação da versão brasileira do instrumento PESPC*

Quanto ao domínio satisfação, a distribuição de respostas aos itens da subescala informação do profissional (tabela 18) demonstrou um predomínio da resposta afirmativa “concordo” para todos os sete itens da subescala. O item 14 (As explicações que o meu profissional me dava sobre o que iria acontecer nas minhas consultas de pré-natal) obteve a maior pontuação com 69 (47,6%) das respostas fornecidas pelas gestantes (Média = 2,28; Mediana = 2; DP= 1,13). Sendo identificado o segundo maior destaque para o item 13 (Os serviços de uma enfermeira de saúde pública façam parte da atenção pré-natal) com 66 (45,5%) das respostas (Média = 1,99; DP=1,04; Mediana = 2). A partir destes resultados podemos identificar um alto grau de satisfação das participantes do estudo, principalmente em relação as informações recebidas pelos profissionais sobre o andamento da assistência.

Por outro lado, o que nos chama a atenção, é a predominância de discordância no item 19 (A maneira como o meu profissional tem me preparado para o trabalho de parto e parto) no qual foram registradas 20 (13,8%) respostas negativas (Média = 2,26; Mediana = 2; DP = 1,52), sugerindo uma insatisfação das mulheres em relação ao preparo para o momento do parto.

**Tabela 18** - Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala informação do profissional do domínio satisfação da versão brasileira do instrumento PESPC (n = 145). Sinop- MT, 2018.

PESPC		Escore das respostas						
Itens (Satisfação)	1	2	3	4	5	6	NR	
	Concordo totalmente n(%)	Concordo n(%)	Concordo um pouco n(%)	Discordo um pouco n(%)	Discordo n(%)	Discordo totalmente n(%)	n(%)	
13- Os serviços de uma enfermeira de saúde pública fazem parte da atenção pré-natal.	50 (34,5)	66 (45,5)	18 (12,4)	3 (2,1)	7 (4,8)	1 (0,7)	0(0)	
14- As explicações que meu profissional me dava sobre o que iria acontecer nas minhas consultas de pré-natal.	32 (22,1)	69 (47,6)	29 (20,0)	5 (3,4)	6 (4,1)	4 (2,8)	0(0)	
15 - As explicações que meu profissional me dava sobre os procedimentos médicos.	32 (22,1)	59 (40,7)	33 (22,8)	9 (6,2)	6 (4,1)	6 (4,1)	0(0)	
16- As explicações que meu profissional me dava sobre como a minha gravidez estava indo.	42 (29,0)	64 (44,1)	22 (15,2)	8 (5,5)	8 (5,5)	1 (0,7)	0(0)	
17- Os assuntos que meu profissional discutia durante as minhas consultas de pré-natal.	36 (24,9)	63 (43,4)	28 (19,3)	10 (6,9)	6 (4,1)	2 (1,4)	0(0)	

18- As explicações que meu profissional me dava sobre o que eu posso esperar de ser mãe de um recém-nascido.	32 (22,1)	54 (37,2)	24 (16,6)	17 (11,7)	14 (9,7)	4 (2,7)	0(0)
19- A maneira como meu profissional tem me preparado para o trabalho de parto.	38 (26,2)	45 (31,0)	23 (15,9)	12 (8,3)	20 (13,8)	7 (4,8)	0(0)

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

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2018).

De acordo com os resultados da subescala cuidado profissional, apresentados na tabela 19, sugere-se que as gestantes estão bastante satisfeitas com o comportamento respeitoso demonstrado pelos profissionais de saúde em relação a elas durante o acompanhamento pré-natal, com destaque para o item 21 (O respeito que o meu profissional tem por mim) com 68 (46,9%) participantes concordando com a opção de respostas (Média = 1,77; DP= 0,94; Mediana = 2).

**Tabela 19** - Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala cuidado profissional do domínio satisfação da versão brasileira do instrumento PESPC (n = 145). Sinop- MT, 2018.

PESPC	Escore das respostas						
	Itens (Satisfação)	1 Concordo totalmente n(%)	2 Concordo n(%)	3 Concordo um pouco n(%)	4 Discordo um pouco n(%)	5 Discordo n(%)	6 Discordo totalmente n(%)
20 A forma como o meu profissional me trata.	57 (39,3)	65 (44,8)	15 (10,3)	2 (1,4)	4 (2,8)	2 (1,4)	0(0)
21 O respeito que o meu profissional tem por mim.	62 (42,8)	68 (46,9)	8 (5,5)	2 (1,4)	3 (2,0)	2 (1,4)	0(0)

22 A qualidade do atendimento que eu recebo do meu profissional.	47 (32,4)	65 (44,8)	23 (15,9)	5 (3,5)	3 (2,0)	2 (1,4)	0(0)
23 A sensação de que não estou desperdiçando o tempo do meu profissional	52 (35,9)	55 (37,9)	20 (13,8)	7 (4,8)	9 (6,2)	2 (1,4)	0(0)
24 Por poder fazer perguntas sem constrangimento (sem sentir vergonha).	56 (38,6)	56 (38,6)	11 (7,6)	12 (8,3)	8 (5,5)	2 (1,4)	0(0)
25 Não ter que repetir a minha história cada vez que eu venho para uma consulta.	48 (33,1)	55 (37,9)	22 (15,2)	10 (6,9)	7 (4,8)	3 (2,1)	0(0)

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

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2018).

Na subescala interesse da equipe, também foi identificada a predominância de resposta “concordo” para todos os itens pesquisados, destacando-se o item 28 (A forma como a equipe me trata) com 61(42,1%) das opções de respostas (Média = 2,37; DP=1,27; Mediana = 2).

O predomínio de respostas discordantes (discordo um pouco) foi identificado para o item 27 (O tempo que a equipe gasta falando sobre coisas de meu interesse), com 17 (11,7%) marcações das opções de respostas (Média = 2,70; DP = 1,33; Mediana = 2). Sendo identificado esse predomínio também para o item 29 (O tempo que a equipe dedica a mim mesmo eu não tendo problemas nesta gravidez) com 17(11,7%) marcações das opções de respostas (Média = 2,46; DP = 1,33; Mediana = 2), conforme observado na tabela 20 a seguir.

**Tabela 20** - Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala interesse da equipe do domínio satisfação da versão brasileira do instrumento PESPC (n = 145). Sinop- MT, 2018.

Itens (Satisfação)	PESPC		Escore das respostas				NR n(%)
	1 Concordo totalmente n(%)	2 Concordo n(%)	3 Concordo um pouco n(%)	4 Discordo um pouco n(%)	5 Discordo n(%)	6 Discordo Totalmente n(%)	
26- A forma como os membros da equipe demonstram preocupação sobre mim.	36 (24,8)	53 (36,6)	23 (15,9)	16 (11,0)	13 (8,9)	4 (2,8)	0(0)
27 -O tempo que a equipe gasta falando sobre coisas de meu interesse.	26 (17,9)	51 (35,2)	32 (22,1)	17 (11,7)	14 (9,7)	5 (3,4)	0(0)
28 -A forma como a equipe me trata.	35 (24,2)	61 (42,1)	26 (17,9)	11 (7,6)	6 (4,1)	6 (4,1)	0(0)
29-O tempo que a equipe dedica a mim mesmo eu não tendo problemas nesta gravidez.	37 (25,5)	53 (36,6)	25 (17,2)	17 (11,7)	7 (4,9)	6 (4,1)	0(0)
30-O interesse e preocupação que a equipe demonstra ter comigo.	32 (22,1)	57 (39,3)	27 (18,6)	13 (9,0)	8 (5,5)	8 (5,5)	0(0)
31- A forma como a equipe lida com todos os meus	37 (25,5)	48 (33,1)	27 (18,6)	15 (10,4)	11 (7,6)	7 (4,8)	0(0)

problemas de  
saúde.

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

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2018).

Para a subescala características do sistema, dos dez itens pesquisados, nove itens tiveram predomínio da opção de resposta “concordo”, com a maior frequência identificada no item 35 (As condições da sala de espera do serviço de saúde) com 63 (43,4%) das opções de respostas, seguido ainda do item 41 (o número de consultas de pré-natal que eu fiz durante os primeiros seis a sete meses de gravidez) com 60 (41,4%) dos registros. A partir dos resultados dispostos na tabela 21, observa-se que o maior registro de discordância foi obtido no item 33 (O tempo total que eu gasto no serviço de saúde), retratando a insatisfação das gestantes em relação as medidas organizacionais e de funcionamento dos serviços de saúde, o que sugere a necessidade de melhorias nesses aspectos.

**Tabela 21** - Distribuição das frequências de respostas aos itens da subescala características do sistema do domínio satisfação da versão brasileira do instrumento PESPC (n = 145). Sinop- MT, 2018.

Itens (Satisfação)	PESPC						Escore das respostas	
	1 Concordo totalmente n(%)	2 Concordo n(%)	3 Concordo um pouco n(%)	4 Discordo um pouco n(%)	5 Discordo n(%)	6 Discordo totalmente n(%)	NR n(%)	
32 A quantidade de tempo que eu espero para ser atendida pelo meu profissional.	14 (9,7)	34 (23,4)	37 (25,5)	23 (15,9)	21 (14,5)	16 (11,0)	0(0)	
33 O tempo total que eu gasto no serviço de saúde.	18 (12,4)	33 (22,8)	39 (26,9)	23 (15,9)	25 (17,2)	7 (4,8)	0(0)	
34 As facilidades de	18	54	41	10	14	8	0(0)	

estacionamento do serviço de saúde.	(12,4)	(37,2)	(28,3)	(6,9)	(9,7)	(5,5)	
35 As condições da sala de espera do serviço de saúde.	23 (15,9)	63 (43,4)	23 (15,9)	14 (9,7)	12 (8,2)	10 (6,9)	0(0)
36 A sala de exames do consultório do serviço de saúde.	15 (10,3)	58 (40,0)	31 (21,4)	19 (13,1)	13 (9,0)	9 (6,2)	0(0)
37 A possibilidade de agendar as consultas de pré-natal de acordo com a minha disponibilidade.	24 (16,6)	48 (33,1)	29 (20,0)	21 (14,5)	8 (5,5)	15 (10,3)	0(0)
38 A facilidade que foi reagendar as minhas consultas de pré-natal.	32 (22,1)	57 (39,3)	20 (13,8)	17 (11,7)	7 (4,8)	12 (8,3)	0(0)
39 A facilidade com que consegui agendar o meu pré-natal no início da minha gravidez (isto é, antes do quarto mês).	43 (29,7)	58 (40,0)	18 (12,4)	7 (4,8)	8 (5,5)	11 (7,6)	0(0)
40 Receber todos os exames recomendados.	37 (25,5)	57 (39,3)	22 (15,2)	10 (6,9)	10 (6,9)	9 (6,2)	0(0)
41 O número de consultas de pré-natal que eu fiz durante os primeiros seis a sete meses de gravidez.	29 (20,0)	60 (41,4)	27 (18,6)	8 (5,5)	9 (6,2)	12 (8,3)	0(0)

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

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2018).

Para o domínio satisfação, a maior média identificada foi para a subescala características do sistema (média = 27,6; mediana = 26; DP = 10,71), seguida da subescala informação do profissional (média = 16,3; mediana = 15; DP = 6,44), conforme apresentado na tabela 22 abaixo.

**Tabela 22** – Estatística descritiva dos resultados das subescalas do domínio satisfação da versão brasileira do instrumento PESPC referente às participantes do estudo pertencentes as Unidades Saúde da Família (n=145). Sinop-MT, 2018.

Subescalas do domínio Satisfação	Nº de Itens	Intervalo possível	Intervalo obtido	Mediana	Média	DP
Informação do profissional	7	7 – 42	7 – 38	15	16,3	6,44
Cuidado profissional	6	6 – 36	6 – 34	12	12,0	5,43
Interesse da equipe	6	6 – 36	6 – 35	13	15,1	7,18
Características do Sistema	10	10 – 60	10 – 59	26	27,9	10,71

**Legenda:** (DP) = desvio padrão

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2018).

### 5.8 Discussão dos resultados referentes à análise descritiva dos dados coletados com a versão brasileira do instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care (PESPC)* do domínio satisfação

Os resultados do domínio satisfação também demonstraram destaque de respostas de concordância e, portanto, níveis elevados de satisfação das gestantes quanto a qualidade do pré-natal em todas as quatro subescalas do domínio (informação do profissional, cuidado profissional, interesse da equipe e características dos sistema), constatando-se um alto nível de satisfação para a subescala cuidado profissional com

registro de 133 (91,7%) respostas, seguida da subescala informação do profissional com 116 (80,0%) das opções respondentes. Contrastando-se a estes domínios, o predomínio de insatisfação se deu pela subescala características do sistema.

Desse modo, os resultados demonstram que as gestantes expressaram estarem satisfeitas com o cuidado dos profissionais que realizam o acompanhamento de pré-natal, expresso na forma respeitosa de tratamento, na qualidade do cuidado, na liberdade de poder fazer perguntas sem sentir constrangimento e no fato de não ter de repetir sua história em todas as consultas de pré-natal.

O MS afirma que a equipe da AB tem a atribuição de realizar ações que proporcionem um atendimento humanizado, viabilizando o estabelecimento de vínculo com a usuária, incluindo ações como a escuta qualificada das necessidades das usuárias (BRASIL, 2013).

Pois sendo um pilar do PHPN, a humanização da assistência tem como aspecto fundamental a atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição, criando um ambiente acolhedor (BRASIL, 2002).

A assistência humanizada através do diálogo franco, sensibilidade e a capacidade de percepção da equipe que acompanha o pré-natal são premissas básicas para que o saber em saúde seja ofertado a mulher e sua família nessa fase de intensas transformações.

Além disso, as participantes também demonstraram níveis gerais de satisfação com as informações transmitidas pelos profissionais sobre o processo de gestação, parturição e puerpério. No entanto, manifestaram certa insatisfação em relação às características do sistema, principalmente em se tratando do tempo que ela aguarda para ser atendida, o tempo dispensado na unidade de saúde e a questões de agendamento das consultas.

Os achados encontrados foram equivalentes aos identificados no estudo de Prudêncio (2017), no qual obteve-se a média mais alta (91% das opções de respostas) na subescala cuidado profissional, que assim como no presente estudo, foi seguida da subescala informação do profissional (65,5% das respostas). Prudêncio também constatou o maior registro de insatisfação na subescala características do sistema com registro de 53,1% das opções de respostas.

No estudo de Galle et al (2015) a satisfação geral com os cuidados pré-natais também foi considerada elevada, no entanto, as gestantes expressaram insatisfação

relacionada às informações dos profissionais durante as consultas, assim como com os aspectos organizacionais da atenção pré-natal.

Nesse sentido, torna-se relevante considerar a importância de estabelecer uma boa comunicação entre profissionais da saúde e gestantes, favorecendo um ambiente em que as mulheres se sintam à vontade para esclarecer dúvidas recorrentes na gestação e disponha de um serviço que tenha um nível organizacional que atenda às necessidades individuais daqueles que acessam a unidade de saúde.

Embora as gestantes tenham demonstrado estarem satisfeitas com a comunicação entre profissional e paciente, é preciso ultrapassar as barreiras que possam existir entre estes atores. Nesse sentido, Santos et al (2018) identificaram diversas falhas na comunicação entre profissionais e usuárias na assistência pré-natal em um estudo descritivo de abordagem qualitativa realizado em Palmas- TO, com o objetivo de descrever as características do pré-natal na atenção primária sob a perspectiva das gestantes. As autoras verificaram a insatisfação das gestantes com relação ao atendimento, decorrente das dificuldades na comunicação efetiva com os profissionais, ressaltando ainda que essas dificuldades são aspectos que podem dificultar o desenvolvimento do sentimento de pertencimento à unidade de saúde e contribuir para a falta de vínculo.

Quando as gestantes não percebem a consulta de pré-natal como um momento de acolhimento, cuidado e ações educativas, sua satisfação e confiança no profissional que conduz o pré-natal podem diminuir (ANDRADE; CASTRO; SILVA, 2016).

As informações oferecidas pelo profissional durante a consulta de pré-natal são um dos aspectos essenciais que podem influenciar o grau de satisfação da gestante (PRUDÊNCIO; MAMEDE, 2015).

No estudo descritivo realizado por O'Hearn (2006) em que foi aplicada a versão original do instrumento PESPC para a avaliação comparativa da expectativa e satisfação de gestantes surdas e ouvintes com o pré-natal que recebiam, os resultados evidenciaram que as mulheres surdas estavam menos satisfeitas com os cuidados gerais, devido a necessidade de clareza nas informações que os médicos transmitiam a elas, demonstrando que a qualidade da comunicação entre o médico e o paciente é um fator essencial para a adesão da gestante ao tratamento e, conseqüentemente a sua satisfação.

O que também foi evidenciado por Santos, Radovanovic e Marcon (2010) em um estudo descritivo com abordagem qualitativa desenvolvido na Paraíba em 2008 com o objetivo de avaliar a satisfação de 12 gestantes com a assistência pré-natal e identificar os aspectos que elas gostariam que fossem abordados durante a assistência e os fatores que poderiam inviabilizar a participação das mesmas nos encontros na unidade de saúde, no qual as entrevistadas, mesmo expressando satisfação com a assistência pré-natal, demonstraram o desejo por informações relacionadas a assuntos essenciais no período como as mudanças fisiológicas da gestação e cuidados com o recém-nascido.

Silva, Lima e Osório (2016) realizaram uma revisão sistemática da literatura no ano de 2014, analisando o impacto das estratégias educacionais desenvolvidas em atendimento pré-natal de baixo risco e os resultados obstétricos. Constataram que as atividades educativas participativas durante a gestação, contribuíram para resultados obstétricos favoráveis, reduzindo as preocupações e ansiedade por parte das gestantes durante o período, preparando-as para o parto e pós-parto.

Amaral et al (2017) reforçam a relevância das ações educativas para esclarecer as dúvidas das mulheres, de seus parceiros e outros acompanhantes, e contribuir para adesão aos procedimentos propostos, acompanhamento e seguimento do pré-natal.

O estudo descritivo realizado por Grandó et al (2012) na rede básica de saúde em um município do Rio Grande do Sul buscando verificar a satisfação de 10 gestantes com as consultas de pré-natal lá fornecidas, revelou que a comunicação entre as gestantes os profissionais se mostrou positiva na satisfação das gestantes, possibilitando o desenvolvimento de uma relação de confiança com o serviço de saúde.

Nesse contexto, o estudo de Ortiga, Carvalho e Pelloso (2015) evidenciou que atitudes como acolhimento e escuta qualificada fazem toda diferença no cuidado e são as ações que as gestantes esperam dos profissionais que as atendem no pré-natal, pois segundo a percepção das participantes, o atendimento de qualidade estava mais relacionado com o acolhimento, diálogo, interação e atenção disponibilizada, do que com a realização de procedimentos técnicos.

Todos os estudos salientam que uma assistência pré-natal respeitosa e empática contribui para a satisfação das gestantes, além de atender aos princípios preconizados pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento instituído pelo MS para a qualificação do cuidado (BRASIL, 2000), entre os quais podemos citar o direito da gestante em ter acesso ao atendimento digno e de qualidade na gestação, parto e

puerpério e o direito a assistência ao parto e ao puerpério realizados de maneira humanizada e segura.

Diante destes estudos em que se demonstra que a satisfação se encontra relacionada a forma como as mesmas são acolhidas, escutadas e tratadas, podemos observar que as gestantes de Sinop, se encontram satisfeitas com o atendimento pré-natal, o que demonstra o vínculo existente na adequação do número de consultas de pré-natal realizadas por trimestre gestacional.

A subescala características dos sistemas foi a que apresentou destaque para a insatisfação (muito insatisfeita) das gestantes com o cuidado pré-natal, retratando a insatisfação das gestantes em relação às medidas organizacionais e infraestrutura oferecidas nos serviços públicos de saúde das USF de Sinop -MT.

Resultado similar foi observado no estudo de Prudêncio (2017), no qual o maior destaque para baixa satisfação também foi identificado na subescala características do sistema, que obteve um percentual ainda maior de opções de respostas (53,1%), se comparado ao identificado neste estudo (32,4%).

Em concordância com tais resultados, os autores Galle et al. (2015) também comprovaram esse comprometimento do nível de satisfação das usuárias em relação a subescala características dos sistemas, destacando a necessidade de melhorias em relação aos aspectos organizacionais do cuidado pré-natal para a melhora do nível de satisfação das usuárias.

Os resultados obtidos no presente estudo demonstram a necessidade de melhorias tanto na parte de infraestrutura dos serviços de saúde como as condições da sala de espera, quanto nas medidas de funcionamento e organização dos serviços, relacionadas por exemplo, ao tempo total que as gestantes precisam dispendir no serviço de saúde nos dias das consultas e o tempo que elas permanecem aguardando atendimento.

A atividade de organizar as ações de saúde na AB deve ser orientada pela integralidade do cuidado e em articulação com outros pontos de atenção, de modo que a gestão incorpore o trabalho das equipes da AB com as equipes dos demais serviços de saúde buscando solucionar os problemas apresentados pela população atendida.

Nesse contexto, o MS estabelece que a assistência pré-natal deve ser organizada para atender as demandas reais das gestantes utilizando os conhecimentos técnico-científicos e recursos disponíveis, com ações de saúde que abrangem toda a população-

alvo da unidade de saúde, assegurando a captação precoce, continuidade no atendimento e na avaliação do impacto das ações sobre a saúde materna e perinatal (BRASIL, 2013). Considera-se ainda que a humanização também envolve o compromisso com a ambiência e melhoria das condições de trabalho e atendimento.

Brasil (2013) destaca que o cuidado pré-natal efetivo, deve procurar garantir, entre outras coisas, os recursos humanos qualificados, equipamentos mínimos necessários para prestação da assistência materno-infantil conforme as recomendações do MS, havendo a preocupação de garantir uma área física adequada para o atendimento da gestante e dos familiares nos serviços de saúde.

O não cumprimento dos requisitos mínimos propostos pelo MS na assistência primária pode acarretar em prejuízos no planejamento e execução da assistência aos usuários, impossibilitando desta forma a continuidade da assistência e, conseqüentemente, descumprindo os princípios do SUS (BRASIL, 2013).

#### 5.9 Limitações do estudo

Houve uma ampla faixa de idade gestacional, pois as mulheres com menor IG tiveram menor acesso ao serviço de saúde e aos cuidados pré-natais em comparação com as mulheres no final da gestação, se levarmos em conta que elas realizaram o número de consultas preconizados pelo MS. Apesar da validade e confiabilidade do questionário, deve-se ponderar que os constructos “expectativa e satisfação com os cuidados de saúde” são de difícil mensuração por serem conceitos amplos, subjetivos e multidimensionais. Contudo, não se acredita que este seja um problema que influencie no resultado final, visto que se estabeleceu o critério mínimo de duas consultas pré-natais para inclusão das gestantes na pesquisa.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo, foi possível avaliar as expectativas e satisfações das gestantes em acompanhamento pré-natal, atendidas nas Unidades Saúde da Família do Município de Sinop/MT, considerando os critérios estabelecidos pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) a partir da utilização da versão brasileira do instrumento PESPC (PRUDÊNCIO, 2012).

Partiu-se do princípio de que a identificação da percepção de gestantes atendidas no serviço público de saúde permite entender quais são as necessidades sentidas e manifestadas por elas e o que as mesmas valorizam como sendo fatores de qualificação da atenção pré-natal na realidade estudada. A partir disso, pode-se adequar esses cuidados, na medida do possível para atender a essas manifestações que as mesmas não qualificaram.

Embora identificado um alto índice de satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal, algumas considerações podem ser realizadas a partir dos resultados deste estudo, como a baixa satisfação das mulheres em relação as características estruturais e organizacionais da assistência pré-natal que necessitam de melhorias e aperfeiçoamento contínuo, como o estudo de alternativas para redução do tempo que as gestantes gastam nas USF nos dias de consultas.

Os achados desta pesquisa permitem identificar alguns aspectos que influenciam a expectativa e satisfação das gestantes com o cuidado pré-natal, destacando-se que as gestantes na sua coletividade, valorizam o relacionamento interpessoal, o diálogo durante as consultas e o acolhimento de toda a equipe desde a recepção no serviço. Bem como foi possível evidenciar o anseio pela inclusão de serviços profissionais complementares no cuidado pré-natal, como nutricionista e psicólogo.

Tais achados poderão contribuir para o reforço das medidas de impacto positivo realizadas atualmente no município e também para o planejamento de novas ações e estratégias de saúde no âmbito da saúde pública do município, com o objetivo primordial de contribuir com a melhora da qualidade pré-natal e saúde materna.

## REFERÊNCIAS

ALBERTO, V.; NUNES, C. B. A importância da educação permanente na qualificação do pré-natal. **Anais do Seminário Internacional de Educação-SIEDUCA**, v. 1, n. 1, 2017.

ALENCAR, N. G.; GOMES, L. C. Avaliação da assistência pré-natal na percepção de gestantes atendidas em uma Unidade com Programa de Saúde da Família. **Saúde Coletiva**, v. 4, n. 19, 2008.

ALMEIDA, P. F. **O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental: um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Correa/RJ**. Rio de Janeiro, 2002, 137 p. Tese (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

ALMEIDA, S. D. de M.; BARROS, M. B. de A. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 17, p. 15-25, 2005.

ALMEIDA, C. A. L. de; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Revista de saúde pública**, v. 43, n. 1, p. 98-104, 2009.

AMARAL, E. M. et al. **Manual de consulta rápida para profissionais de saúde**. São Paulo: UNICAMP, 2017.

ANDRADE, F. M. de; CASTRO, J. F. de L.; SILVA, A. V. da. Percepção das gestantes sobre as consultas médicas e de enfermagem no pré-natal de baixo risco. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 6, n. 3, 2016.

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, 2011.

ANVERSA, E. T. R.; DAL PIZZOL, T. D. S.; BASTOS, G. A. N.; NUNES, L. N. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cadernos de saúde pública= Reports in public health**. v. 28, n. 4, p. 789-800, 2012.

UN, General Assembly. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. **New York: United Nations**, n. 1, 2015.

BARBOSA, D.; VIANA FILHO, E. P. PRÉ-NATAL DE QUALIDADE E REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE MATERNA: UMA REVISÃO. **XXVII Jornada Científica do Internato do Curso de Medicina do UNIFESO**, v. 1, n. 1, 2016.

BRASIL. **Programa de Saúde Materno Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 1975.

\_\_\_\_\_. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática.** Brasília: Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_integral\\_saude\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf)>. Acesso em 03 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências.** Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html) > Acesso em 09 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 94.406 de 08 de junho de 1987. **Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.** In: Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Brasília: Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687\\_4173.html](http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html) > Acesso em 09 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria 569, de 1º de junho de 2000. **Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN).** Gabinete do Ministro, Brasília, 2000. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)>. Acesso em: 01 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 2, n. 1, p. 69-71, 2002.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.067/GM de 4 de julho de 2005, institui a **Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Caderno nº 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.** Brasília–DF: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal.** 2.ed. Brasília (DF); 2009b.

\_\_\_\_\_. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4a Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** 2. reimp. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. 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 União; Poder Executivo, 2011b. Disponível em: <

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)> Acesso em: 13 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria GM nº 1.654 de 19 de julho 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011c.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica.** Série E. Legislação em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Manual Instrutivo: Saúde Mais Perto de Você - Acesso e Qualidade.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. **Boletim Epidemiológico Mortalidade Materna no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Vol. 43, n. 9, mar. 2012c. Disponível em: <<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/23/BE-2012-43--1--pag-1-a-7---Mortalidade-Materna.pdf>> Acesso em 20 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. **Humanização do parto e do nascimento.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

\_\_\_\_\_. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

\_\_\_\_\_. Portaria 2.435, de 21 de setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica com revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS.** Gabinete do Ministro, Brasília, 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>> Acesso em: 20 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde** [página da Internet]. Brasil: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=2534177>> Acesso em 25 Nov. 2017.

CAMPOS, M. L. de et al. Percepção das gestantes sobre as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro na atenção básica. **Journal of Nursing and Health**, v. 6, n. 3, p. 379-90, 2016.

CARDELLI, A. M. et al. Expectations and satisfaction of pregnant women: unveiling prenatal care in primary care. **Invest. educ. enferm**, Medellín, v. 34, n. 2, p. 252-260, 2016.

CARVALHO, A. L. B. de; SOUZA, M. de F.; SHIMIZU, H. E.; SENRA, I. M. V. B.; OLIVEIRA, K. C. D. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.

CARVALHO, M. L.; ALMEIDA, C. A. L.; MARQUES, A. K. L.; LIMA, F. F.; AMORIM, L. M. M. de; SOUZA, J. M. L. Prevenção da mortalidade materna no pré-natal: uma revisão integrativa. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 2, p. 174-180, 2015.

CARDOSO, M. D. et al. Percepção de gestantes sobre a organização do serviço/assistência em um pré-natal de baixo risco de Recife. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 4, p. 5017-5024, 2016.

CASTRO, M. E. de; MOURA, M. A. V.; SILVA, L. M. S. da. Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva das puérperas egressas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, número especial, p. 72-81, 2010.

CASSIANO, A. C. M. et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, v. 65, n. 2, p. 227-244, 2014.

CAVALCANTI, P. C. da Silva et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 23, p. 1297-1316, 2013.

CESAR, J. A.; MENDONZA-SASSI, R. A.; ULMI, E. F.; DALL'AGNOL, M. M.; & NEUMANN, N. A. Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência pré-natal no extremo Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2614-2622, 2008.

CHAVES, L. D. P.; TANAKA, O. Y. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.46, n.5, p.1274-1278, 2012.

COSTA, FJ da. Mensuração e desenvolvimento de escalas: aplicações em administração. Rio de Janeiro: **Ciência Moderna**, 2011.

COSTA, C. S. C. et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 516-22, 2013.

COSTA, F. J. L. S. et al. Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva da integralidade. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4563-4586, 2016.

COTTA, R. M. M. et al. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**, v. 15, n. 4, p. 227-234, 2005.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, 2012.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 37, p. 140-147, 2015.

FALAH, M. A. Females' Satisfaction and Perception about Prenatal Care Services at Primary Health Care Centers. **International Journal of Scientific and Research Publications**, p. 620, 2015.

FAGBAMIGBE, A. F. et al. Practice, knowledge and perceptions of antenatal care services among pregnant women and nursing mothers in Southwest Nigeria. **International Journal of Maternal and Child Health**, v. 1, n. 1, p. 7-16, 2013.

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 13-33, 2014.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P. de; BIFF, D.; SCHERER, M. D. dos A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: Conceitos Básicos para as Práticas nas Instituições. *In*: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Editora Medbook, 2010. p. 1-13.

FONTELLES, M. J. et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009.

GALLE, A. et al. Expectations and satisfaction with antenatal care among pregnant women with a focus on vulnerable groups: a descriptive study in Ghent. **BMC women's health**, v. 15, n. 1, p. 112, 2015.

GENOVEZ, C. B. A.; MOLINA, M. A. S.; DOURADO, V. G.; MATSUDA, L. M. Humanização no cuidado de enfermagem hospitalar: abordagem sobre os programas do Ministério da Saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 4, n. 3, p. 269-275, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, C. V.; CESAR, J. A.; MENDOZA-SASSI, R. A. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cadernos de saúde publica**, v. 25, p. 2507-2516, 2009.

GOUDARD, M. J. F. et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1227-1238, 2016.

GRANDO, T. et al. Consulta pré-natal: satisfação das usuárias do SUS. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 2, 2012.

GRANGEIRO, G. R.; DIÓGENES, M. A. R.; MOURA, E. R. F. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n. 1, p. 105-111, 2008.

GUERREIRO, E. M. et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 315-323, 2012.

HANDELL, I. B. S.; CRUZ, M. M. da; SANTOS, M. A. dos. Avaliação da assistência pré-natal em unidades selecionadas de Saúde da Família de município do Centro-Oeste brasileiro, 2008-2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 101-110, 2014.

HEAMAN, M. I. et al. Quality of prenatal care questionnaire: instrument development and testing. **BioMed Central Pregnancy and Childbirth**, v. 14, n. 3, p. 2-16, 2014.

HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E.; BARROS, M. E. B. de. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 493-502, 2009.

HINSHAW, A. S.; ATWOOD, J. R. A patient satisfaction instrument: Precision by replication. **Nursing Research**, v.31, p. 170- 175, 1982.

LAUDANO, T.D. **Pré-natal na redução da morbi-mortalidade materno-neonatal: uma visão geral sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)**. Salvador, 2012, 17 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) - Atualiza Associação Cultural.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CAMPOS, M. R.; CAVALINI, L. T.; GARBAYO, L. S.; BRASIL, C. L. P. et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p. S20-S33, 2004.

LEITE, A. C. da N. M. T.; PAES, N. A. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. **História, Ciências, Saúde -Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 705-714, 2009.

LEITE, F. M. C. et al. A influência das características socioeconômicas no perfil obstétrico de puérperas. **Aquichan**, v. 14, n. 4, p. 571-581, 2014.

LOPES, F. B. T. et al. MORTES MATERNAS POR CAUSAS SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA. **Caderno de Graduação- Ciências Biológicas e da Saúde- UNIT-ALAGOAS**, v. 3, n. 3, p. 201, 2017.

MAIA, M. G. et al. Indicador de qualidade da assistência pré-natal em uma maternidade pública. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750**, v. 5, n. 1, p. 40-47, 2014.

MENEZES, D. C. S. et al. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 3, p. 553-559, 2006.

MOREIRA, M. A. D. M.; LUSTOSA, A. M.; DUTRA, F.; BARROS, E. de O.; BATISTA, J. B. V.; DUARTE, M. C. S. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3231-3242, 2015.

MOREIRA, M. G. G. M. **A importância da educação em saúde na Atenção Pré-natal**. Belo Horizonte, 2013, 47 p. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais.

MOTA, R. R. de A.; DAVID, H. M. S. L. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. **Rev. enferm. UERJ**, v. 23, n. 1, p. 122-127, 2015.

MOURA, M. A. V. et al. La calidad de asistencia de enfermería en el periodo prenatal desde la perspectiva de la mujer embarazada. **Aquichan**, v. 14, n. 2, p. 196-206, 2014.

NUNES, J. T.; GOMES, K. R. O.; RODRIGUES, M. T. P.; MASCARENHAS, M. D. M. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 252-261, jun., 2016.

O'HEARN, A. Deaf women's experiences and satisfaction with prenatal care: a comparative study. **Family Medicine**, v. 38, n. 10, p. 712-6, 2006.

ORRANTIA, E. et al. Evaluation of a novel model for rural obstetric care. **The Canadian Journal of Rural Medicine**, v. 15, n. 1, p. 14-18, 2010.

ORTIGA, E. P. de F.; CARVALHO, M. D. de B.; PELLOSO, S. M. Percepção da assistência pré-natal de usuárias do serviço público de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 4, p. 618-627, 2015.

OMS. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva de gravidez**. 2016.

OMAR, M. A.; SCHIFFMAN, R. F.; BINGHAM, C. R. Development and Testing of the Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care Instrument. **Research in Nursing & Health**. v. 24, n. 3, p. 218-229, 2001.

PINHEIRO, E. F. T. **Modelos de Avaliação do Pré-Natal aplicados no Brasil: revisão sistemática da literatura**. Brasília, 2013, 28 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Católica de Brasília- UCB.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A. de; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 358-372, 2014

POLGLIANE, R. B. S. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.7, p.1999-2010, 2014.

PORTELA, M. C. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S., org. Fundamentos da Vigilância Sanitária [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 259-269. ISBN 978-85-7541-325-8. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-15.pdf> > Acesso em 24 jul. 2018.

PRUDÊNCIO, P. S. **Adaptação cultural e validação para uso no Brasil do instrumento Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care (PESPC)**. Ribeirão Preto, 2012, 188 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

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

PRUDÊNCIO, P. S. et al. Adaptação e validação do Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care para gestantes brasileiras. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 3, 2013.

PRUDÊNCIO, P. S.; MAMEDE, F. V. Satisfação com o cuidado pré-natal: contribuição para o quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. **Cultura del Cuidado Enfermería**, v. 12, n. 1, p. 61-72, 2015.

QUEIROZ, D. J. M.; OLIVEIRA, K. C. A.; SOARES, D. B. Avaliação da assistência pré-natal: relevância dos exames laboratoriais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 4, p. 504-512, 2015.

ROCHA, A. C. D. et al. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. **Rev. adm. saúde**, p. 71-79, 2012.

RUGOLO, L. M. S. S. et al. Sentimentos e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 3, n. 4, p. 423-433, 2004.

SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. D. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SANTOS, A. de L.; RADOVANOVIC, C. A. T.; MARCON, Sonia S. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, p. 61-71, 2010.

SANTOS NETO, E. T. dos; ALVES, K. C. G.; ZORZAL, M.; LIMA, R. de C. D. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e sociedade**, v. 17, n. 2, p. 107-119, 2008.

SANTOS, J. O. et al. The obstetrical and newborn profile of postpartum women in maternities in São Paulo. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 1936-1945, 2015.

SANTOS, L. F. et al. CHARACTERISTICS OF THE PRE-NATAL PHASE IN THE PERSPECTIVE OF WOMEN SERVED IN PRIMARY HEALTH CARE UNITS. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 12, n. 2, 2018.

SASSI, R. A. M.; CESAR, J. A.; TEIXEIRA, T. P.; RAVACHE, C.; ARAÚJO, G. D. et al. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 787-796, 2011.

SENA, I. V. dos A. **Qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: Revisão de Literatura**. Lagoa Santa, 2014, 36 p. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais [Online]**, v. 85, p. 65-82, 2009. Disponível em: < <http://rccs.revues.org/343#quotation> > Acesso em 24/11/17.

SILVA, F. F. A. **Sífilis e HIV na gestação: uma investigação sobre a assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, 2007/ 2008**. Rio de Janeiro, 2010. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública.

SILVA, M. Z. N. da; ANDRADE, A. B. de; BOSI, M. L. M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 805-816, 2014.

SILVA JÚNIOR, S. D.; COSTA, F.J. Mensuração e escalas de verificação: uma análise comparativa das Escalas de Likert e Phrase Completion (Online). **Rev. Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**. v. 15, p. 1-16, out. 2014.

SILVA, E. P. da; LIMA, R. T. de; OSÓRIO, M. M. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. **Ciencia & saude coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2935-2948, 2016.

SOFAER, S.; FIRMINER, K. Patient perceptions of the quality of health services. **Annual review of public health**, v. 26, 2005.

SOUZA, V. B. de; ROECKER, S.; MARCON, S. S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 199-210, 2011.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 37, n. 12, p. 549-551, 2015.

SWORD, W. et al. Quality of prenatal care questionnaire: psychometric testing in an Australia population. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 15, n. 1, p. 214, 2015.

TANAKA, O. Y.; MAMORU TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, 2012.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00195815, 2017.

TUNÇALP, Ö. et al. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience—going beyond survival. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 124, n. 6, p. 860-862, 2017.

UCHIMURA, L. Y. T.; UCHIMURA, N. S.; SANTANA, R. G.; FELCHNER, P. C. Z.; UCHIMURA, T. T. Adequabilidade da assistência ao pré-natal em duas Unidades de Saúde em Curitiba, Paraná. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 219-227, 2014.

VETTORE, M. V.; DIAS, M.; DOMINGUES, R. M. S. M.; VETTORE, V. M.; LEAL, M. do C. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio De Janeiro, v.27, n. 5, p. 1021-1034, 2011.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. S85-S100, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Maternal mortality**. 2016. Disponível em: <[http://www.who.int/gho/maternal\\_health/mortality/maternal/en/](http://www.who.int/gho/maternal_health/mortality/maternal/en/)>. Acessado em 20 ago. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM). 2015. **World Health Organization: Geneva**, 2015.

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Kétuli Lorraine da Costa Batista Silva, sou aluna do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) em Sinop, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Ma. Priscilla Shirley Siniak dos Anjos Modes. E você está sendo convidada para participar, como voluntária da pesquisa intitulada: *“Qualidade da Atenção Pré-natal em Estratégias de Saúde da Família no Município de Sinop: percepção das gestantes”*.

O objetivo da pesquisa é **avaliar a atenção pré-natal desenvolvida nas Estratégias Saúde da Família no município de SINOP-MT**, a partir da percepção da gestante que recebe o atendimento de pré-natal no posto de saúde. Para isto, necessito da sua colaboração através das suas respostas a algumas questões a respeito do atendimento recebido durante o pré-natal, sendo que o tempo que você gastará para responder a este questionário é de aproximadamente 30 minutos e as informações obtidas serão utilizadas para descrever e avaliar a qualidade do atendimento ao pré-natal que tem sido prestado na unidade de saúde onde você tem sido atendida. Você não será identificada em momento algum e os dados coletados serão utilizados de acordo com os preceitos éticos de sigilo, privacidade e anonimato. Além disso, você poderá retirar o seu consentimento (sua autorização de participação na pesquisa) a qualquer momento, sem prejuízo para si ou ao seu atendimento nesta unidade de saúde. Não há, portanto, risco à sua saúde relacionado à sua participação e o benefício direto consistirá na reflexão a respeito do cuidado pré-natal oferecido em nosso município de Sinop – MT no âmbito da atenção básica, contribuindo ainda para a reflexão quanto a melhoria da qualidade da assistência e ampliação do conhecimento da saúde obstétrica em nosso município.

Caso você aceite fazer parte do estudo, assine ESSE DOCUMENTO, em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável (Kétuli). Esclareço que sua participação é muito importante para que possamos alcançar o objetivo desta pesquisa e coloco-me a disposição para esclarecer outras dúvidas.

Após ter lido e compreendido as informações acima, tendo sido informada por escrito e verbalmente sobre a pesquisa, eu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, portadora do documento RG nº \_\_\_\_\_, declaro que CONCORDO com a minha participação na pesquisa e AUTORIZO a divulgação dos resultados, mantendo o anonimato e sigilo.

Assinatura/Assentimento da participante

---

Assinatura do responsável caso a gestante seja menor de idade

---

Assinatura da pesquisadora responsável

---

Sinop, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 201\_\_\_\_.

**Pesquisadora responsável:** Kétuli Lorraine da Costa Batista Silva. Acadêmica de Enfermagem na Universidade Federal de Mato Grosso, *câmpus* Sinop. E-mail: [ketuli\\_lorraine@hotmail.com](mailto:ketuli_lorraine@hotmail.com) Telefone: (66)99689-9552. **Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Ma. Priscilla Shirley Siniak dos Anjos Modes. Podem ser localizadas no endereço: Av. Alexandre Ferronato, 1200, Setor Industrial, 78550-000 - Sinop, MT. E-mail: [priscilladosanjos@yahoo.com.br](mailto:priscilladosanjos@yahoo.com.br) Telefone para contato: 35333124. **COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - Endereço:** Alexandre Ferronato, 1200 **Bairro:** Setor Industrial **CEP:** 78.557-267 **UF:** MT **Município:** Sinop - MT. **Telefone:** (66)3533-3124 **E-mail:** [cepsinop@gmail.com](mailto:cepsinop@gmail.com)

## APÊNDICE B

### FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO E DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E OBSTÉTRICOS

	<p><b>FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO E DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS/ OBSTÉTRICOS</b></p>
---	--

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E SOCIODEMOGRÁFICOS	
DATA:	
NOME:	
ENDEREÇO:	
TELEFONES:	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:
COR:	
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena	
ESTADO CIVIL:	
<input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Mora com companheiro(a)/Amasiada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Outro _____	
NÍVEL DE ESCOLARIDADE:	
<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto	
OCUPAÇÃO/PROFISSÃO:	
RENDA FAMILIAR:	
<input type="checkbox"/> Até 1 salário mínimo (até R\$ 678,00). <input type="checkbox"/> De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 678,01 até R\$ 2.034,00). <input type="checkbox"/> De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 2.034,01 até R\$ 4.068,00). <input type="checkbox"/> De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 4.068,01 até R\$ 6.102,00). <input type="checkbox"/> Maior que 9 salários mínimos.	
A casa onde você mora é:	
<input type="checkbox"/> A) Própria <input type="checkbox"/> B) Alugada <input type="checkbox"/> C) Cedida	
Quantas pessoas moram com você (incluindo filhos, irmãos, parentes e amigos)?	
<input type="checkbox"/> A) Moro sozinho <input type="checkbox"/> C) Quatro a sete <input type="checkbox"/> E) Mais de dez <input type="checkbox"/> B) Uma a três <input type="checkbox"/> D) Oito a dez	
DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL	
IDADE GESTACIONAL (EM SEMANAS): _____	
Nº DE GESTAÇÕES: _____ Nº DE PARTOS CESÁREOS: _____ Nº DE PARTOS NORMAIS: _____ Nº DE ABORTOS: _____	
NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ-NATAIS REALIZADAS ATÉ HOJE NESTA GESTAÇÃO: _____	
PROFISSIONAL QUE REALIZA O PRÉ-NATAL: <input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO <input type="checkbox"/> AMBOS	

**APÊNDICE C**  
**PERGUNTAS ABERTAS COMPLEMENTARES**

	<p><b>PERGUNTAS ABERTAS COMPLEMENTARES</b></p>
---	--

1- Existe algo que os profissionais que te atendem poderiam fazer para melhorar o atendimento?

-

---

---

---

---

---

---

---

---

2- Em sua opinião, qual(is) outro(s) profissional(is) poderia(m) atender a gestante durante o pré-natal? E por que?

---

---

---

---

---

---

---

---

3- Em sua opinião, o que é necessário para que o pré-natal seja considerado de qualidade?

---

---

---

---

---

---

---

---

## ANEXO A

## EXPECTATIVA E SATISFAÇÃO DO PACIENTE COM O CUIDADO PRÉ-NATAL (PESPC)

### Expectativa e Satisfação do Paciente com o Cuidado Pré-Natal - Omar, Schiffman, Bingham (2001)

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 Um pouco	Concordo Um pouco	Discordo Um Pouco	Discordo Totalmente	Discordo Totalmente
<b>EXPECTATIVAS – Eu esperava:</b>						
<b><u>Cuidado Integral:</u></b>						
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
<b><u>Seguimento com o mesmo profissional</u></b>						
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
<b><u>Cuidado Personalizado:</u></b>						
7. Que o profissional que faz o meu pré-natal se preocupasse com o meu estado mental da mesma forma que com o meu estado físico.	1	2	3	4	5	6
8. Que o profissional que me atende fosse cuidadoso durante o exame físico.	1	2	3	4	5	6
9. Que alguém ouvisse os meus problemas.	1	2	3	4	5	6

10. Um encaminhamento quando eu falasse ao profissional/equipe sobre um problema.	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

	Concordo Totalmente	Concordo Um pouco	Concordo Um Pouco	Discordo Um Pouco	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 Um Pouco	Concordo Um Pouco	Discordo Um Pouco	Discordo Totalmente
<b>SATISFAÇÃO –</b>					
<b>Eu estou satisfeita com:</b>					
<b><u>Informação do Profissional:</u></b>					
<b>13.</b> Os serviços de uma enfermeira de saúde pública façam parte da atenção pré-natal.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>14.</b> As explicações que o meu profissional me dava sobre o que iria acontecer nas minhas consultas de pré-natal.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>15.</b> As explicações que meu profissional me dava sobre os procedimentos médicos.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>16.</b> As informações que o meu profissional me dava sobre como a minha gravidez estava indo.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>17.</b> Os assuntos que meu profissional discutia durante as minhas consultas de pré-natal.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>18.</b> As explicações que o meu profissional me dava sobre o que eu posso esperar de ser mãe de um recém-nascido.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>19.</b> A maneira como o meu profissional tem me preparado para o trabalho de parto e parto.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

	<b>Concordo Totalmente</b>	<b>Concordo Um Pouco</b>	<b>Concordo Um Pouco</b>	<b>Discordo Um Pouco</b>	<b>Discordo Um Pouco</b>	<b>Discordo Totalmente</b>
<b>SATISFAÇÃO – Eu estou satisfeita com:</b>						
<b><u>Cuidado Profissional:</u></b>						
<b>20.</b> A forma como o meu profissional me trata.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>21.</b> O respeito que o meu profissional tem por mim.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>22.</b> A qualidade do cuidado que eu recebo do meu profissional.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>23.</b> A sensação que eu não estou desperdiçando o tempo do meu profissional.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>24.</b> Por poder fazer perguntas sem constrangimento (sem sentir vergonha).	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>25.</b> Não ter que repetir a minha história cada vez que eu venho para uma consulta.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

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.

	<b>Concordo Totalmente</b>	<b>Concordo Um Pouco</b>	<b>Concordo Um Pouco</b>	<b>Discordo Um Pouco</b>	<b>Discordo Totalmente</b>	
<b>SATISFAÇÃO –</b>						
<b>Eu estou satisfeita com:</b>						
<b><u>Interesse da Equipe:</u></b>						
26.A forma como os membros da equipe demonstram preocupação sobre mim.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
27.O tempo que a equipe gasta falando sobre coisas de meu interesse.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
28. A forma como a equipe me trata.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
29.O tempo que a equipe dedica a mim mesmo eu não tendo problemas nesta gravidez.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
30.O interesse e preocupação que a equipe demonstra ter comigo.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
31.A forma como a equipe lida com todos os meus problemas de saúde.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

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 Pouco	Concordo Um Pouco	Discordo Um Pouco	Discordo Totalmente	
<b>SATISFAÇÃO-</b>						
<b>Eu estou satisfeita com:</b>						
<b>Características do Sistema:</b>						
<b>32.</b> A quantidade de tempo que eu espero para ser atendida pelo meu profissional.	1	2	3	4	5	6
<b>33.</b> O tempo total que eu gasto no serviço de saúde.	1	2	3	4	5	6
<b>34.</b> As facilidades de estacionamento do serviço de saúde.	1	2	3	4	5	6
<b>35.</b> As condições da sala de espera do serviço de saúde.	1	2	3	4	5	6
<b>36.</b> A sala de exames do consultório do serviço de saúde.	1	2	3	4	5	6
<b>37.</b> A possibilidade de agendar as consultas de pré-natal com a minha disponibilidade.	1	2	3	4	5	6
<b>38.</b> A facilidade que foi reagendar as minhas consultas de pré-natal	1	2	3	4	5	6
<b>39.</b> 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
<b>40.</b> Receber todos os exames recomendados.	1	2	3	4	5	6
<b>41.</b> 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 em português por Prudêncio (2012) do instrumento PESPC de Omar, Schiffman e Bingham (2001).

## ANEXO B

## AUTORIZAÇÃO PARA USO DO INSTRUMENTO PESPC



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



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenda Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 14040-902  
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0519  
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ribeirão Preto, 26 de junho de 2017

Prezada Kétuli Lorraine da Costa Batista Silva,

Autorizamos a utilização da versão Brasileira do Instrumento *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (PESPC) para ser aplicado com gestantes na pesquisa de graduação em enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Universitário de Sinop, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Prof<sup>a</sup>. Ma. Priscilla Shirley Siniak dos Anjos Modes. Agradecemos o interesse pela utilização do instrumento e nos colocamos a disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente

Dr<sup>a</sup>. Patricia Santos Prudêncio  
E-mail: [psprudencio@usp.br](mailto:psprudencio@usp.br)

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fabiana Vilela Mamede  
E-mail: [famamede@eerp.usp.br](mailto:famamede@eerp.usp.br)

## ANEXO C

## APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO (CIES)



Ofício nº. 2156/GAB/SMS/2016.

Sinop-MT, 26 de outubro de 2016.

**Ilma. Senhora**  
**Pesquisador: Prof. Msc. Priscilla Shirley Siniak**  
**Acadêmica: Jessica Gonçalves Holanda Moraes**

**Assunto: Devolutiva de Projeto**

Prezada (o) Senhora (o)

Considerando que a Comissão de Integração Ensino-Serviço – CIES, “são *Instâncias Intersectoriais e Interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde*” (Portaria 1.996/07 art. 2º §2º e na NOB/RH-SUS).

Considerando que a criação da CIES é uma determinação da Lei Orgânica da Saúde “*Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior*” (Lei 8080/90).

Considerando que a CIES SINOP foi criada em 30.07.2015 pelo Conselho Municipal de Saúde. (Resolução 029/2015).

Considerando que, dentre outras atribuições, a CIES tem a função de regulamentar a integração ensino-serviço por intermédio da articulação das Instituições de Ensino para a promoção coordenada de estratégias de intervenção no campo da formação dos profissionais da saúde e do desenvolvimento dos trabalhadores do SUS.

Sendo assim, a CIES-Sinop avaliou o projeto de pesquisa intitulado “*Avaliação da Estrutura na Atenção Pré-Natal em Unidades da Estratégia Saúde da Família no Município de Sinop-MT*”. Ademais deliberou pela **RECOMENDAÇÃO**, conforme **Parecer 046/2016/CIES/SMS/SINOP**, anexo.

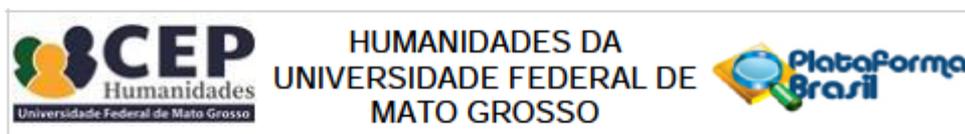
Diante do exposto, **AUTORIZO** o projeto para execução no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, visto que, houve Recomendação da CIES Municipal, conforme parecer supracitado, com base Resolução CNS 466/2012.

**Manoelito da Silva Rodrigues**  
**Secretário Municipal de Saúde**

Manoelito da Silva Rodrigues  
 Secretário Municipal de Saúde  
 Port. 165/2015  
 Sinop/MT

## ANEXO D

## APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL EM UNIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SINOP-MT

**Pesquisador:** Ana Maria Nunes da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 48633515.7.0000.5690

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Mato Grosso/ UFMT

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.286.631

**Apresentação do Projeto:**

Objetivando avaliar a atenção pré-natal desenvolvida em unidades da ESF no município de Sinop-MT, a partir da análise da estrutura e processo, serão analisados dados obtidos no Sisprenatal, e dados colhidos via observação direta e entrevistas com os enfermeiros, responsáveis técnicos pelas unidades. Para coleta e análise dos dados dos indicadores de processo, serão utilizados os prontuários das gestantes, a partir da amostra calculada e dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Como referencial teórico para análise de dados, adotar-se-ão políticas públicas de saúde, especificamente focadas no Programa de Humanização do Pré-Natal, Parto e Nascimento - PHPN (BRASIL, 2002) e Manual de Atenção Pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012).

**Objetivo da Pesquisa:**

- Avaliar a atenção pré-natal desenvolvida em unidades da Estratégia Saúde da Família no município de Sinop, Mato Grosso, a partir da análise da estrutura e processo.
- Descrever a estrutura disponível em unidades de Saúde da Família no município de Sinop-MT para atenção pré-natal;
- Classificar os indicadores de processo normatizados pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

**Endereço:** Rua Fernando Correa da Costa, 2367

**Bairro:** BOA ESPERANCA

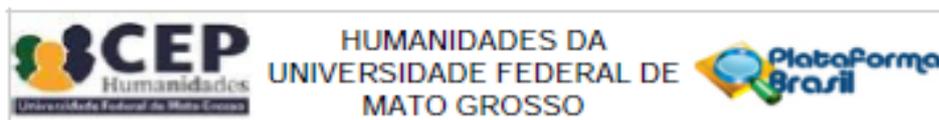
**CEP:** 78.060-900

**UF:** MT

**Município:** CUIABA

**Telefone:** (65)3615-8935

**E-mail:** cephumanas@ufmt.br



Continuação do Parecer: 1.295.631

(PHPN), segundo a maior ou menor adesão à prática pelos profissionais de saúde;

-Identificar potenciais e falhas no processo da atenção durante o pré-natal, conforme a perspectiva normativa.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisa envolve risco mínimo.

Quanto aos benefícios, O benefício direto relacionado à participação no estudo consiste no esclarecimento sobre a importância da avaliação da assistência pré-natal e dos indicadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde, após a abordagem dos participantes de pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante para a comunidade acadêmica e não acadêmica.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória foram devidamente inseridos.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

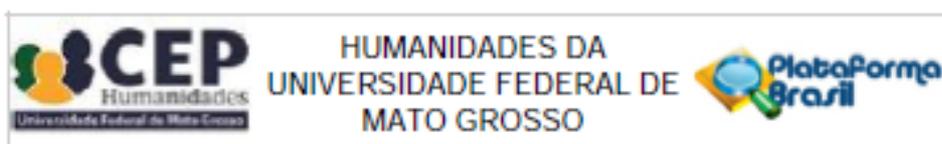
Considerando a Resolução 466/2012, e, uma vez que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: **Aprovado.**

Conforme a Resolução 466/12, é atribuição do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente a pesquisa. Por isso o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar para o CEP/Humanidades/UFMT os relatórios parciais a cada seis meses e o Relatório Final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_559422.pdf	30/09/2015 17:26:31		Aceito

Endereço: Rua Fernando Correa da Costa, 2367  
 Bairro: BOA ESPERANCA CEP: 78.060-900  
 UF: MT Município: CUIABA  
 Telefone: (65)3615-8935 E-mail: cephumanas@ufmt.br



Continuação do Parecer: 1.286.621

Folha de Rosto	222040.PDF	25/09/2015 14:36:05	Ana Maria Nunes da Silva	Aceito
Outros	declaracao.pdf	25/09/2015 14:34:00	Ana Maria Nunes da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	25/09/2015 14:32:38	Ana Maria Nunes da Silva	Aceito
Outros	autorizacao.pdf	26/08/2015 00:01:13	Ana Maria Nunes da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	25/08/2015 23:58:34	Ana Maria Nunes da Silva	Aceito
Outros	Prontuario.doc	25/08/2015 23:46:48	Ana Maria Nunes da Silva	Aceito
Outros	Material.doc	25/08/2015 23:43:40	Ana Maria Nunes da Silva	Aceito
Outros	Fisico.doc	25/08/2015 23:43:00	Ana Maria Nunes da Silva	Aceito
Outros	Humano.doc	25/08/2015 23:41:03	Ana Maria Nunes da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CUIABA, 19 de Outubro de 2015

Assinado por:

Rosângela Kátia Sanches Mazzorana Ribeiro  
(Coordenador)

Endereço: Rua Fernando Correa da Costa, 2367  
 Bairro: BOA ESPERANCA CEP: 78.060-900  
 UF: MT Município: CUIABA  
 Telefone: (65)3615-8935 E-mail: cephumanas@ufmt.br