



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO COM A ATENÇÃO PRÉ-NATAL EM  
PORTO ALEGRE, RS**

JANINI CRISTINA PAIZ

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra Camila Giugliani

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra Patrícia Klarmann Ziegelmann

Porto Alegre, Outubro de 2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO COM A ATENÇÃO PRÉ-NATAL EM  
PORTO ALEGRE, RS**

JANINI CRISTINA PAIZ

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra Camila Giugliani**

**Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra Patrícia Klarmann Ziegelmann**

Dissertação apresentada ao curso de pós-graduação em Epidemiologia – Faculdade de Medicina – da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de Mestre em Epidemiologia.

Porto Alegre, Brasil

2018

### CIP - Catalogação na Publicação

Paiz, Janini Cristina  
Fatores associados à satisfação com a atenção  
pré-natal em Porto Alegre, RS / Janini Cristina Paiz.  
-- 2018.  
62 f.  
Orientadora: Camila Giugliani.

Coorientadora: Patrícia Klarmann Ziegelmann.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de  
Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS,  
2018.

1. Atenção pré-natal. 2. Satisfação com a atenção.  
3. Saúde da mulher. I. Giugliani, Camila, orient. II.  
Ziegelmann, Patrícia Klarmann, coorient. III. Título.

## **BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr **Juraci Almeida Cesar**, Programas de Pós-Graduação em Saúde Pública e em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Rio Grande, FURG.

Profª Dra **Lilian Cordova Espírito Santo**, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS.

Profª Dra **Michele Drehmer**, Departamento de Nutrição e Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS.

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico essa dissertação à Delci Teresinha Rafagnin Paiz, mulher, mãe, trabalhadora do meio rural, lutadora na superação das desigualdades de gênero impostas por uma sociedade sexista. Pessoa com quem aprendi a maioria dos valores que carrego, que me estimulou a estudar, ter minha independência e conquistar meus objetivos.*

*Obrigada mãe por ter me concebido de maneira natural, por ter me amamentado, me amado e me ensinado o que realmente tem valor na vida.*

*Te amo infinitamente...*

## AGRADECIMENTOS

À Fernanda Mattioni, Janaína Kettenhuber, Inês Kielling, André Poll, Daniela Soares, Daniela Machado e Magda Costa enfermeiros (as) e Médicas da Atenção Primária à Saúde, verdadeiros exemplos de profissionais, vocês me impulsionam à nunca desistir da luta. À Diani Machado, minha inspiração na enfermagem baseada em evidências, Diani, você foi muito importante na minha escolha pela epidemiologia.

À professora Nilva Rech Stédile, pessoa com quem tive o prazer de compartilhar mais de quatro anos de formação, falta-me palavras para dizer quanto te admiro e me inspiro em você e na tua capacidade de ensinar.

Aos professores Roger dos Santos Rosa e Ronaldo Bordin, excelentes médicos epidemiologistas, pessoas com quem tive a honra de compartilhar produções e discussões. A sabedoria de vocês é combustível para a vida.

À Elsa Giugliani, Ana Cláudia, Agnes, Juliana, Andrea, Alice, Maiara, Aline, Bianca, Tamires, Gabriela, Simone, Patrícia, Ilana e Rosane, pessoas que se envolveram profundamente na execução desse estudo. Ana Cláudia, você, mais do que colega, foi uma incentivadora da minha inserção na epidemiologia, sou grata por toda dedicação e apoio que me proporcionou.

À CAPES e ao CNPq, pela concessão de bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para realização desta pesquisa.

À gestão municipal de saúde de Esteio, Gilson, Flávia e secretária Ana Boll, que proporcionaram a possibilidade de conciliar meus estudos com minhas atividades de enfermeira da Atenção Primária.

À Patrícia K. Ziegelmann, minha co-orientadora, exemplo de professora, que não se importou em ficar até tarde, diversas vezes, refazendo análises e encontrando soluções. Você foi muito importante na minha construção.

À Camila Giugliani, minha querida orientadora, pela paciência, carinho, disponibilidade e dedicação. Profe Camila, me faltam palavras para dizer o quanto te admiro como mulher, mãe, professora e médica. Obrigada por ter me acolhido e me ensinado.

À minha família, mãe, irmã, irmão e meu pai, que infelizmente não está mais presente. Tenho muito orgulho de vocês, sem o apoio de vocês eu não estaria aqui.

Ao Daniel, meu namorado, pelo cuidado, companheirismo e pela motivação em seguir sempre, apesar das adversidades.

## SUMÁRIO

<b>ABREVIATURA E SIGLAS .....</b>	<b>7</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>8</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>9</b>
<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 REVISÃO TEÓRICA.....</b>	<b>14</b>
2.1 SATISFAÇÃO COM A ATENÇÃO EM SAÚDE.....	14
2.1.1 Satisfação com o pré-natal.....	16
2.2 ASSISTÊNCIA NO PRÉ-NATAL .....	18
2.2.1 Diretrizes nacionais para a assistência no pré-natal.....	20
2.2.2 Cenário brasileiro de atenção à saúde da mulher e ao pré-natal .....	23
2.3 JUSTIFICATIVA.....	26
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>28</b>
3.1 GERAL .....	28
3.2 ESPECÍFICOS .....	28
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>29</b>
<b>4 ARTIGO .....</b>	<b>33</b>
<b>5 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>52</b>
ANEXO A – APROVAÇÃO PELO CEP (HCPA).....	52
ANEXO B – APROVAÇÃO PELO CEP (HMV) .....	53
ANEXO C – TCLE (HCPA) .....	54
ANEXO D – TCLE (HMV) .....	56
ANEXO C – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO .....	58

## ABREVIATURA E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
IC	Intervalo de Confiança
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HMV	Hospital Moinhos de Ventos
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde das Mulheres
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança
PSF	Programa de Saúde da Família
RP	Razão de Prevalência
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva



## RESUMO

**Introdução:** A assistência pré-natal é uma ferramenta importante de vinculação da gestante à rede de atenção, de diagnóstico e manejo de afecções maternas e fetais e de instrumentalização da mulher para uma experiência positiva e saudável de parto e maternidade. **Objetivo:** Estimar a prevalência e os fatores associados à plena satisfação com a atenção pré-natal em serviços de saúde públicos e privados de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Métodos:** Estudo transversal com 287 puérperas que tiveram partos em uma maternidade pública e outra privada. Foram selecionadas aleatoriamente, no alojamento conjunto das maternidades, mulheres que tiveram recém-nascidos a termo e sem intercorrências neonatais. As entrevistas ocorreram cerca de 30 dias após o parto, nos domicílios, onde foi aplicado questionário estruturado. A satisfação com o pré-natal foi medida por meio de escala Likert (muito satisfeita a muito insatisfeita). Foram estimadas razões de prevalência (RP) por regressão de *Poisson*, utilizando modelo hierarquizado. **Resultados:** A prevalência de plena satisfação foi de 46,3%, e os fatores a ela associados foram: ter ingressado no ensino superior (RP:1,49; IC95% 1,08-2,06); ter sido atendida por outros profissionais de saúde, que não médico de família, ginecologista-obstetra, generalista ou enfermeiro (RP: 1,29; IC95% 1,00-1,66); ter recebido orientações sobre amamentação (RP: 1,33; IC95% 1,05-1,68) e sobre local do parto (RP: 1,56; IC95% 1,12-2,17); e ter se sentido à vontade para fazer perguntas e participar das decisões (RP: 5,17; IC95% 1,79-14,96). **Conclusões:** A percepção de plena satisfação com os cuidados no pré-natal esteve associada ao cuidado multiprofissional, ao recebimento de orientações e ao sentimento de estar à vontade para questionar e decidir sobre seu cuidado. Os achados deste estudo fornecem subsídios para qualificação da assistência obstétrica e implementação de práticas e cuidados que promovam a plena satisfação com a atenção pré-natal.

**Palavras-chave:** Cuidado Pré-Natal, Saúde da Mulher, Satisfação do Paciente.

## ABSTRACT

**Introduction:** Prenatal care is an important tool for linking pregnant women to healthcare services, enabling diagnosis and management of maternal and fetal conditions and for the empowerment of women towards a positive and healthy experience of childbirth and maternity. **Objective:** To estimate the prevalence and the factors associated with greater satisfaction with prenatal care in public and private health services in Porto Alegre, Southern Brazil. **Methods:** A cross-sectional study was carried out with 287 women who had delivered their babies in two major hospitals: one public and another private. Women who had full-term newborns with no neonatal complications were randomly selected in the maternity wards. The interviews with a structured questionnaire occurred in the households about 30 days after delivery. Satisfaction with prenatal care was measured by means of a Likert scale (very satisfied to very unsatisfied). Prevalence ratios (PR) were estimated through Poisson regression using a hierarchical model. **Results:** The prevalence of highest level of satisfaction was 46.3%, and the factors associated with it were: higher education (PR: 1.49; 95% CI 1.08-2.06); care by different health professionals, other than family doctors, obstetricians, general practitioners or nurses (PR: 1.29; 95% CI 1.00-1.66); information about breastfeeding (PR: 1.33; 95% CI 1.05-1.68) and place of delivery (PR: 1.56; 95% CI 1.12-2.17) during prenatal care; and feeling comfortable to ask questions and participate in decisions during the process of care (PR: 5.17; 95% CI 1.79-14.96). **Conclusions:** Full satisfaction with prenatal care was associated with multiprofessional care, provision of information and feeling of comfortable to make questions and take decisions during prenatal care. This study provides useful information for qualifying obstetric care and implementing practices that may promote greater satisfaction with prenatal care.

**Keywords:** Prenatal Care, Women's Health, Patient Satisfaction.

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “**Fatores associados à satisfação com a atenção pré-natal em Porto Alegre, RS**”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 11 de outubro de 2018. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura, Justificativa e Objetivos
2. Artigo
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

## 1 INTRODUÇÃO

As mulheres utilizam cerca de dois terços das consultas ambulatoriais oferecidas pelo sistema público de saúde brasileiro, incluindo contracepção, pré-natal, assistência ao parto e ao pós-parto, atenção aos sintomas de menopausa, envelhecimento, rastreamento e tratamento de cânceres de mama e uterino (Silva et al., 2011). No nível hospitalar, a assistência obstétrica é responsável pela maioria das internações. Em 2017, foram 110.748 internações por causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério no Rio Grande do Sul (RS), sendo 21.159 (19,10%) em Porto Alegre. A média de permanência hospitalar por mulher foi de 2,7 dias no RS e de 3,5 dias em Porto Alegre (Datusus, 2018).

Em 2015, havia 105.922 gestantes no RS; 92,23% realizaram pré-natal e 82,61% iniciaram os atendimentos no primeiro trimestre de gestação. Em Porto Alegre, no mesmo período, 10.946 mulheres gestavam (10,33% do contingente estadual); a cobertura de assistência pré-natal foi de 89,32%, e 74,51% iniciaram o acompanhamento no primeiro trimestre de gestação (Datusus, 2018).

A atenção pré-natal é uma ferramenta importante de vinculação da gestante à rede de serviços de saúde. Composta por ações clínicas e educativas, tem como principais objetivos o acompanhamento do desenvolvimento da gestação, a detecção e o manejo de condições que possam afetar o bem-estar materno-fetal e o empoderamento da mulher para o autocuidado, o parto e a prática do aleitamento materno (Barros et al., 2010; Carroli et al., 2001; Viellas et al., 2014).

A assistência pré-natal possui uma série de avaliações, que, quando realizadas por profissional qualificado e em tempo oportuno, permitem o diagnóstico precoce e a rápida intervenção frente a situações de risco, reduzindo a morbimortalidade materno-infantil. No pré-natal, recomenda-se que a mulher realize exames clínicos (medidas rotineiras de tensão arterial, peso, além de citopatologia oncótica), laboratoriais (hemograma, sorologias para doenças infecciosas, glicemia de jejum, toxoplasmose, entre outros), de imagem e, quando possível, avaliações com profissionais da nutrição e da odontologia. Dentro desse escopo de cuidados é possível avaliar intercorrências, elaborar um plano terapêutico e minimizar desfechos desfavoráveis (Brasil. Ministério da Saúde, 2012; Lambon-Quayefio and Owoo, 2014; McCurdy et al., 2011).

A maioria das condições maternas que resultam em desfechos perinatais e obstétricos negativos são sensíveis à intervenções no serviço de saúde, prioritariamente no contexto da atenção primária. São exemplos de condições maternas que interferem na morbimortalidade

materno-infantil: o tabagismo, o consumo de álcool, as infecções sexualmente transmissíveis, a elevação de níveis tensionais e as infecções urinárias. Ao identificar as mudanças positivas para a saúde materno-infantis com a realização do pré-natal, diversos autores estudam a adequação do cuidado prestado com as recomendações vigentes (Anversa et al., 2012; Carroli et al., 2001; Silva et al., 2013; Viellas et al., 2014). Por outro lado, poucos estudos buscam avaliar a satisfação das mulheres com a atenção recebida nesse período.

Os estudos que abordam satisfação com a atenção pré-natal são prioritariamente qualitativos, envolvem um número restrito de mulheres e, em geral, são específicos ao cuidado prestado à gestante por uma única categoria profissional, geralmente enfermeiros, ou ainda, a poucos serviços de atenção primária – Unidades Básicas de Saúde – UBS (Barbosa and Fernandes, 2008; Handler et al., 1998, 1996). Esses aspectos limitam uma visão mais abrangente sobre a satisfação das gestantes com a assistência.

No que se refere às políticas de saúde em âmbito nacional, nos últimos anos, é notória a preocupação com a humanização da atenção às mulheres no parto e no nascimento. Para tanto, foram elaboradas diretrizes contendo uma sequência de boas práticas a serem desenvolvidas durante a gestação, o parto e o puerpério. No pré-natal, preconizam o acolhimento, a realização dos exames em tempo oportuno, a vinculação da mulher à maternidade e a criação de um ambiente de legitimação dos direitos reprodutivos (Brasil. Ministério da Saúde, 2002, 2014, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em recente publicação, destaca a importância de proporcionar à mulher uma “experiência positiva de gestação e nascimento” que vai muito além de fornecer cuidados rotineiros e protocolares. De acordo com a OMS, uma experiência positiva de gestação envolve: a manutenção das condições orgânicas e socioculturais da mulher, a manutenção de uma gestação saudável para a mãe e bebê, a transição eficaz para o trabalho de parto e nascimento e, o alcance da experiência de maternidade, com autonomia, competência e autoestima (WHO, 2016).

Em linhas gerais, serviços que aderem às práticas recomendadas na política de humanização (início precoce do pré-natal, realização de ao menos seis consultas, realização de exames de rastreamento em tempo oportuno e fornecimento de orientação) parecem desempenhar um cuidado sistemático e efetivo junto às mulheres e promovem maior satisfação (Domingues et al., 2012). A satisfação com a atenção recebida, por sua vez, constitui um elemento de qualidade da assistência e está associada com maior adesão às orientações dos profissionais de saúde pelos pacientes (Donabedian, 1988). Nesse sentido,

estudos que investigam a satisfação das mulheres com a atenção pré-natal consistem em uma importante fonte de informações para qualificação do cuidado.

Assim, este estudo tem como questão de pesquisa: Quais os fatores associados à satisfação das mulheres com a atenção pré-natal em serviços de saúde de Porto Alegre?

## 2 REVISÃO TEÓRICA

### 2.1 SATISFAÇÃO COM A ATENÇÃO EM SAÚDE

A preocupação com a excelência na assistência à saúde tem motivado instituições públicas e privadas a desenvolverem instrumentos para mensurar a qualidade de seus serviços por meio da satisfação dos usuários. Muitos serviços utilizam esses dados para subsidiar mudanças nos processos de trabalho e fluxos operacionais. A satisfação ou a insatisfação refletem o julgamento do paciente em todos os aspectos do cuidado, incluindo o processo técnico, o processo interpessoal e os resultados da assistência, bem como os atributos estruturais do cenário em que o cuidado é fornecido (Donabedian, 1988).

Em pesquisa desenvolvida com 2.249 pacientes egressos de cinco hospitais públicos da Escócia, atendidos em unidades clínica (25,7%), cirúrgica (27,9%), ortopédica (13,1%), geriátrica (7,4%) ou outra (26%), a idade mostrou-se como importante fator na satisfação dos pacientes com os cuidados recebidos. Por meio da realização de regressão linear, os autores identificaram como principais determinantes da satisfação: o conforto físico, o suporte emocional e o respeito pelas preferências dos pacientes. A coordenação e a continuação do cuidado, bem como o envolvimento dos familiares e amigos, também estiveram associados com a satisfação (Jenkinson et al., 2002).

O estudo permitiu que os autores concluíssem que a satisfação com a assistência está fortemente associada com a disposição para recomendar o serviço para outras pessoas (Jenkinson et al., 2002). Para administradores de instituições de saúde, esses achados têm importância no planejamento e na disponibilização de ferramentas para qualificação de pessoal e de ambiência, a fim de garantir a prosperidade da instituição (Jenkinson et al., 2002).

De acordo com Donabedian, para avaliar a qualidade do serviço de saúde, é necessário observar a tríade: estrutura, processo e resultado (Donabedian, 1988). Ao examinar as ferramentas atuais de avaliação da satisfação dos usuários, é possível perceber que, pela sua incompletude, são incapazes de refletir problemas e sucessos amplos do setor saúde; entretanto, possuem a capacidade de detectar elementos fundamentais da micropolítica do serviço e fornecem subsídios para o enfrentamento das fragilidades das instituições.

É esperado que pacientes mais satisfeitos tenham maior receptividade às orientações médicas e sigam os cuidados orientados (Donabedian, 1988). Nesse sentido, é possível inferir que pacientes satisfeitos têm melhores desfechos quando comparados a pacientes pouco satisfeitos?

Pesquisa realizada com 51.946 pacientes mostrou que, quando comparados pacientes do quartil mais elevado de satisfação com os de menor quartil, os seguintes resultados foram encontrados: menor chance de pacientes satisfeitos buscarem a emergência (OR 0,92; IC 95% 0,84-1,00), porém maior probabilidade de internação (OR 1,12; CI 95% 1,02-1,23), maior chance de mortalidade (OR 1,26; CI 95% 1,05-1,53) e maiores custos e uso de medicamentos (Fenton et al., 2012).

Os achados desse estudo demonstram que não há uma relação bem estabelecida de benefício entre satisfação do usuário do serviço de saúde e redução de desfechos negativos; no entanto, deve-se considerar o elevado número de fatores de confusão que interferem nessa relação, e que, apesar da preocupação dos autores em controlá-los, podem ter interferido nos achados. Os fatores relacionados com as características do sujeito, como condição sociodemográfica e econômica, características físicas, psicológicas e expectativas em relação ao cuidado podem interferir na avaliação realizada pelo usuário (Cleary and McNeil, 1988).

Assim, identifica-se que a satisfação é um indicador da qualidade da assistência, mas, por si só, é incapaz de demonstrar todos os aspectos que compõem uma instituição ou serviço de qualidade. Tanto satisfação, quanto qualidade da assistência envolvem perspectivas objetivas e subjetivas, entretanto, a qualidade pressupõe medidas mais objetivas que a satisfação com o cuidado (Tzeng and Yin, 2008).

Em um ambiente hospitalar, por exemplo, a assistência de enfermagem pode ser medida, em termos de qualidade, de diversas maneiras, tanto com indicadores subjetivos, quanto com objetivos. Os esforços da enfermagem para atender as solicitações, para gerenciar a dor física dos pacientes, a capacidade de comunicação, a satisfação do usuário com os cuidados recebidos constituem-se em indicadores subjetivos (Johnson et al., 2006). Já a taxa de infecção hospitalar, as quedas, os erros na administração de medicamentos, a incidência de úlceras por pressão, flebites e demais complicações constituem-se em indicadores objetivos de qualidade (Johnson et al., 2006).

Pela facilidade como são coletados e interpretados, indicadores objetivos podem ser preferidos em relação aos subjetivos. No entanto, têm menor poder para identificar a percepção do usuário sobre a assistência recebida e aspectos mais subjetivos relacionados ao cuidado. Exemplo disso é observado em pesquisa realizada com 61.168 enfermeiras e 131.318 pacientes na Europa e nos Estados Unidos, a qual demonstrou que melhor ambiente de trabalho e menor proporção de pacientes por enfermeiro estão associados com maior qualidade de atendimento e maior satisfação do paciente (Aiken et al., 2012).



O conceito de qualidade proposto por Donabedian aproxima-se da discussão realizada pelo autor brasileiro Merhy, acerca das tecnologias de cuidado em saúde. Merhy propõe que as ações em saúde são permeadas por três tipos de tecnologias: a tecnologia leve, produzida na relação usuário-trabalhador; a tecnologia leve-dura, constituída de saberes estruturados; e a tecnologia dura, caracterizada por ferramentas, processos e instrumentos (Merhy, 1997).

O desafio do profissional frente à complexidade de produzir cuidado em instituições de saúde é gerenciar as tecnologias leve-duras e duras sem esquecer que desenvolve um “trabalho vivo”. Para tanto, as atitudes e procedimentos devem ser permeadas por tecnologias leves, construídas a partir do vínculo e da responsabilização entre profissional e usuário (Merhy, 1997).

### **2.1.1 Satisfação com o pré-natal**

Mesmo com a disponibilidade de ampla literatura nacional e internacional sobre atenção pré-natal, poucos estudos avaliaram a satisfação das mulheres com a assistência recebida. A literatura se concentra em avaliar se o início, número de consultas e procedimentos realizados foram adequados, de acordo com as diretrizes assistenciais vigentes (Carroli et al., 2001; Silva et al., 2013; Viellas et al., 2014).

Os poucos estudos que discutem a satisfação com o pré-natal são de delineamento prioritariamente qualitativo e envolvem questões a cerca do relacionamento entre profissional-usuária, eficácia da atenção, acesso ao serviço, ambiência, questões técnicas e procedimentais (Handler et al., 1998, 1996).

Em um estudo realizado por meio de entrevista telefônica com 101 gestantes de origem africana e mexicana residentes nos Estados Unidos da América (EUA), observou-se que a satisfação das mulheres está relacionada principalmente com o fato do profissional explicar os procedimentos para a mulher. Também foram aspectos que produziram maior satisfação: pouco tempo de espera para atendimento, disponibilidade de serviços auxiliares e profissional do sexo masculino responsável pelos cuidados (Handler et al., 1998).

Outro estudo que avaliou os fatores associados com a satisfação das mulheres com o pré-natal foi realizado em Chicago, por meio da aplicação de oito grupos focais com mulheres de origem mexicana, porto-riquenha, africana e americana que vivem nos EUA (Handler et al., 1996). Os achados apontam como fatores associados com a satisfação das mulheres: o tratamento com respeito, o entendimento pelo profissional das experiências pessoais da

mulher, a explicação dos procedimentos que estavam sendo realizados, as respostas para suas perguntas e o fato de terem sido questionadas pelos profissionais quanto ao seu estado clínico e emocional (Handler et al., 1996).

Para as mulheres, as habilidades técnicas dos profissionais são muito importantes, porém, a maioria delas não tinha conhecimento para avaliar as competências de quem as atendeu. O fato de aguardar por longo tempo o profissional, que passaria curto período com elas e não responderia às suas questões é um aspecto causador de estresse e insatisfação com o cuidado. As mulheres citam a presença de um ambiente adequado com televisor para as crianças mais velhas como fator importante para sua satisfação (Handler et al., 1996).

Estudo realizado na Bélgica, com 139 gestantes vulneráveis mostrou que 81,7% das mulheres estavam satisfeitas com o cuidado recebido no pré-natal. Os aspectos associados com maior grau de satisfação foram a relação com o cuidador (86,3%) e a preocupação/interesse da equipe (84,8%). Enquanto que foi atribuída 78% de satisfação às características do sistema e às informações recebidas. O estudo não identificou fatores relacionados à condição socioeconômica, estado civil e início do pré-natal que estivessem associados com a satisfação (Galle et al., 2015).

Pesquisas que avaliam o período gravídico e a experiência da maternidade e nascimento demonstram que, na dimensão assistencial, a comunicação e os aspectos interpessoais do cuidado constituem-se fatores diretamente relacionados à satisfação. No que se refere à dimensão psicossocial, os autores destacam que o sentimento de controle pessoal e de autoeficácia mostram-se associados com a satisfação (Matejić et al., 2014).

Estudos nacionais sobre satisfação com o pré-natal se assemelham à literatura internacional em relação à predominância de análises qualitativas. Pesquisa em que foram entrevistadas 77 mulheres da região Sudeste do Brasil, que realizaram pré-natal em nove Unidades Básicas de Saúde (UBS), demonstrou que 79% delas atribuíram conceito bom/ótimo em relação ao cuidado recebido e 62,3% referiram estar satisfeitas com a assistência (Barbosa and Fernandes, 2008).

Os aspectos avaliados pelas gestantes como de qualidade nos serviços são: o relacionamento com o profissional que as atendeu, o acesso aos exames e a visita domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) da área (Maciel Cardelli et al., 2016; Oliveira and Ramos, 2007). As mulheres veem o pré-natal como um espaço de preparação para o parto, resolução de intercorrências e diagnóstico de doenças, especialmente infecciosas (Castro et al., 2010).

Fragilidades importantes relativas ao acesso ao serviço, estrutura física precária, ausência de atividades em grupo, pouca orientação e cuidado centrado no profissional médico são descritas nas avaliações das gestantes brasileiras (Castro et al., 2010; Oliveira and Ramos, 2007). Cabe destacar que a insatisfação com o acesso refere-se tanto à dificuldade de agendamento de consultas quanto à abordagem inadequada no acolhimento (Maciel Cardelli et al., 2016).

A comparação do desempenho de serviços públicos e privados quanto ao pré-natal é pouco explorada na literatura nacional. Porém, a comparação da satisfação da gestante em relação à assistência pré-natal nos dois modelos públicos de atenção básica (UBS tradicional e saúde da família) foi alvo de estudo que avaliou 22 municípios distribuídos por todas as regiões brasileiras. Esse trabalho, com amostra de 203 mulheres, não encontrou diferença significativa entre os dois modelos de atenção no que se refere ao “conceito geral do pré-natal”, classificado em sofrível/regular, bom e excelente. A atribuição do conceito excelente foi realizada por 64% da amostra – 71,2% saúde da família; 56,6% UBS; p-valor: 0,095 (Ribeiro et al., 2004).

## 2.2 ASSISTÊNCIA NO PRÉ-NATAL

A atenção pré-natal é um elemento fundamental do cuidado à saúde da mulher, com amplo escopo de práticas assistenciais e educativas, tendo demonstrado efetividade na redução de desfechos negativos materno-infantis (Barros et al., 2010; Carroli et al., 2001; Viellas et al., 2014). É vasta a literatura que evidencia os benefícios da atenção ao pré-natal para a redução de condições desfavoráveis à saúde da mãe e do bebê (Barros et al., 2010; Carroli et al., 2001; Silva et al., 2013; Viellas et al., 2014). Proporcionar uma experiência positiva de gestação envolve: a manutenção das condições orgânicas e socioculturais da mulher, a manutenção de uma gestação saudável para a mãe e bebê, a transição eficaz para o trabalho de parto e nascimento positivo e, o alcance da experiência de maternidade, com autonomia, competência e autoestima (WHO, 2016). Dentre os benefícios citados, destaca-se a detecção e o respectivo manejo de agravos desencadeados no período gravídico, como alterações nos níveis pressóricos e glicêmicos, bem como de doenças infecciosas da mulher, como sífilis e infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). O pré-natal também proporciona a avaliação do estado vacinal da gestante e a realização, quando necessária, de imunizações que protegem a mãe e o bebê de agravos decorrentes do uso de instrumental contaminado, dentre outras exposições (Barros et al., 2010; Carroli et al., 2001; Victora and Barros, 2001).

A realização do pré-natal também pressupõe que a gestante receba orientações e esteja em preparação para o momento do parto e para o aleitamento materno. Estudos mostram que as principais temáticas educativas abordadas no período do pré-natal são: dieta e nutrição, doenças sexualmente transmissíveis, planejamento familiar, aleitamento materno, local e forma de nascimento do bebê, tomada de decisão e acesso ao serviço de saúde em situações de urgência e cuidados com a criança (Anya et al., 2008; Artiete-Pinedo et al., 2010).

Estudo de seguimento de 450 gestantes demonstrou que mulheres que foram expostas a atividades educativas durante o pré-natal apresentaram maiores proporções de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) na sexta semana, terceiro e sexto mês do bebê, comparadas com as que receberam o cuidado institucional padrão (Su et al., 2007). A produção científica evidencia o benefício das atividades educativas no pré-natal para a prática do aleitamento materno (Silva et al., 2016). Entretanto, não é conclusiva a respeito da metodologia mais apropriada (que apresenta melhores desfechos), conforme revisão sistemática de Lumbiganon e colaboradores (Lumbiganon et al., 2012).

A participação da mulher em grupos de gestantes também parece não ser suficiente para produzir melhores desfechos em relação à prematuridade, baixo peso, parto vaginal, iniciação ao aleitamento e necessidade de intervenção em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Por outro lado, está associada à maior satisfação das gestantes com o cuidado recebido (Catling et al., 2015).

O conhecimento científico acumulado ao longo dos anos parece não ser suficiente para garantir o acompanhamento adequado da gestante no período gravídico. Alguns fatores são apontados como responsáveis por essa agenda em saúde pública ainda vigente, são eles: educação da mulher e do companheiro, estado civil, custos assistenciais, renda familiar, disponibilidade e condições de trabalho, história de complicações obstétricas, aspectos culturais e concepções acerca da gestação (Simkhada et al., 2008).

Muitas estratégias foram desenvolvidas para redução da mortalidade materno-infantil mundialmente, principalmente nos países em desenvolvimento, no entanto, essa problemática segue fazendo parte dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Nessa publicação, o quarto objetivo diz respeito à redução em dois terços, entre 1990 e 2015, da taxa de mortalidade dos menores de cinco anos, e o quinto objetivo refere-se à redução em três quartos, entre 1990 e 2015, da taxa de mortalidade materna (United Nations, 2015).

Na agenda atual, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) preveem para 2030, a redução da mortalidade materna para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos e acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos, com

todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos. Os ODS destacam as diferenças de gênero e os impactos na saúde dessas diferenças, também enfatizam a importância do acesso universal à serviços de saúde sexual e reprodutiva (ONU, 2018).

A qualidade da atenção no pré-natal constitui-se em uma ferramenta que, além de reduzir desfechos desfavoráveis à saúde materno-infantil, pode reduzir a ansiedade da mulher e proporcionar uma experiência agradável e prazerosa, nesse momento único de tornar-se mãe. O desafio de ressignificar a espera pelo parto natural e de estimular o contato precoce da mãe com o bebê, com incentivo ao aleitamento na primeira hora de vida deve fazer parte do cuidado das gestantes. Waldenstron e colaboradores enfatizam que a sensibilidade do profissional em levantar as necessidades das mulheres nos atendimentos é mais importante que o número e tempo de consultas de pré-natal para o desfecho experiência positiva de parto e nascimento (Waldenström et al., 2004).

### 2.2.1 Diretrizes nacionais para a assistência no pré-natal

O *Caderno de atenção ao pré-natal de baixo risco*, publicado em 2012 pelo Ministério da Saúde, fornece subsídios para orientar os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) à prestarem assistência humanizada, integral, em rede e custo-efetiva (Brasil. Ministério da Saúde, 2012). Esse documento estabelece 10 elementos como principais indicadores para garantir a qualidade do cuidado no ciclo gravídico, listados no Quadro 1.

**Quadro 1:** Elementos para garantir a qualidade do cuidado no Pré-natal

<b>Elementos necessários para qualidade do pré-natal</b>	
<b>1</b>	Iniciar o pré-natal na APS até a 12ª semana de gestação
<b>2</b>	Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários
<b>3</b>	Solicitar, realizar e avaliar em tempo oportuno o resultado dos exames
<b>4</b>	Promover a escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes
<b>5</b>	Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento
<b>6</b>	Assegurar o direito do parceiro ser cuidado antes, durante e depois da gestação
<b>7</b>	Garantir o acesso à unidade de referência especializada, se necessário

<b>Elementos necessários para qualidade do pré-natal</b>	
<b>8</b>	Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico e elaborar o <i>plano de parto</i>
<b>9</b>	Conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz
<b>10</b>	Conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal

Fonte: *Caderno de atenção ao pré-natal: atenção ao pré-natal de baixo risco*

(Brasil. Ministério da Saúde, 2012)

Alguns aspectos que essa publicação não contempla com tanto detalhamento foram revisados e trazidos no *Protocolo de atenção básica: saúde das mulheres* (Brasil. Ministério da Saúde, 2016). Esse protocolo é um documento de fácil manuseio, elaborado com fluxogramas e tabelas para rápida consulta. Dotado de condutas frente às diferentes necessidades de saúde que a gestante pode apresentar, o protocolo consiste em uma ferramenta prática e atualizada para nortear as ações dos profissionais da APS.

Esse documento orienta os exames laboratoriais e as avaliações clínicas que devem ser realizadas em cada consulta e traz a orientação de que o pré-natal deve abordar a história de vida da mulher, seus medos, ansiedades e desejos (Brasil. Ministério da Saúde, 2016). Destaca que as intensas transformações na vida da gestante produzem um ambiente adequado para a educação em saúde e a inclusão do parceiro e da família no cuidado. Reforça o acolhimento da mulher, enquanto eixo orientador das ações da atenção básica e prevê a inserção da equipe multiprofissional, por meio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), no acolhimento da mulher com suspeita de gestação, no seu acompanhamento clínico e na preparação desta para o parto, para os cuidados com o bebê e para a prática do aleitamento materno (Brasil. Ministério da Saúde, 2016).

O *Caderno de atenção ao pré-natal de baixo risco* e o *Protocolo de atenção básica: saúde das mulheres* além de estimularem o papel da equipe multiprofissional na assistência à gestante, também destacam a importância da realização de visita domiciliar. Esses documentos orientam a realização do primeiro atendimento até a 12ª semana de gestação, a realização de ao menos seis consultas de pré-natal e a integração de atividades educativas individuais (durante o atendimento clínico) com aquelas desenvolvidas em espaços de convivência, como grupo de gestantes (Brasil. Ministério da Saúde, 2012, 2016).

A orientação da mãe quanto à preparação para o parto e para o aleitamento, assim como para as intercorrências que podem surgir nesse processo, são aspectos amplamente estimulados pelas diretrizes nacionais para serem dialogados com a gestante. Em linhas gerais,

a integralidade da assistência clínica e a educação em saúde são as duas frentes que constituem as diretrizes. Cabe destacar que a humanização permeia todo o processo de atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, sendo uma preocupação presente nos documentos orientadores da assistência à gestante em nível transversal – atenção primária, secundária e terciária (Brasil. Ministério da Saúde, 2006, 2012).

Em 2000, por meio da Portaria 569, o Ministério da Saúde instituiu o *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do SUS* (Brasil, 2015). Os direitos assegurados à gestante durante o pré-natal, de acordo com o programa, são: acesso à atendimento digno e de qualidade e conhecimento prévio da maternidade em que será atendida no momento do parto (Brasil, 2015).

O *Caderno de Humanização do Parto e do Nascimento*, publicado em 2014 pelo Ministério da Saúde, sensibiliza os profissionais de saúde para produzirem uma atmosfera de carinho e humanização no cuidado com a mulher desde o pré-natal (Brasil. Ministério da Saúde, 2014). Esse documento traz estratégias para superação das inequidades, como o desenvolvimento de ações de produção de autocuidado, de resgate da autonomia e de legitimação das mulheres como conhecedoras e protagonistas dos seus direitos sexuais e reprodutivos (Brasil. Ministério da Saúde, 2014).

Nessa perspectiva de promoção da qualidade de vida e do bem-estar durante a gestação, parto e pós-parto, até os dois primeiros anos de vida da criança, o Governo Federal implementa, em 2011, a *Rede Cegonha* (Brasil. Ministério da Saúde, 2013). Essa estratégia tem como objetivo reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. A Rede Cegonha propõe uma sistemática de cuidados que assegure às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Em relação à criança, preconiza o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (Brasil. Ministério da Saúde, 2013).

A Rede Cegonha prevê, na assistência pré-natal, que a mulher tenha acesso ao teste rápido de gravidez, sífilis e HIV, bem como a todos os exames de acompanhamento da gestação. Também prevê que a gestante seja vinculada à maternidade, por meio da realização de visita prévia ao momento do parto e da criação de laços de confiança entre o serviço e a mulher (Brasil. Ministério da Saúde, 2013).

Além dos documentos orientadores da atenção pré-natal publicados pelo Ministério da Saúde, algumas instituições elaboram protocolos locais, articulando as diretrizes nacionais com a realidade da rede de saúde municipal/institucional. O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), situado em Porto Alegre, é um exemplo de instituição pública de saúde que elabora e

revisa periodicamente as diretrizes orientadoras do cuidado à gestante. Na publicação da diretriz *Atenção à saúde da gestante na APS*, em 2017, a instituição descreve os diferentes enfoques do cuidado das mulheres sob um olhar multiprofissional (Brasil, 2017).

### **2.2.2 Cenário brasileiro de atenção à saúde da mulher e ao pré-natal**

Um dos principais marcos da redemocratização do Brasil foi a Constituição Federal de 1988. A Constituição prevê, dentre outras questões, a saúde como um direito e institui um sistema de saúde que, em 1990, por meio da Lei orgânica 8.080, recebe forma, princípios e diretrizes (Brasil, 1988, 1990).

Com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), o país teve grandes avanços na cobertura e na equidade da assistência à saúde, com destaque para a atenção materno-infantil. A Estratégia Saúde da Família (ESF) modelo atual de organização da assistência na APS, é originária do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PACS constituiu-se em uma medida de enfrentamento dos elevados índices de morbimortalidade materna e infantil na Região Nordeste do país em 1991 (Brasil. Ministério da Saúde, 2003). Sua implantação foi bem sucedida, e, alguns anos mais tarde, foi implantado, com base nessa experiência, o Programa de Saúde da Família (PSF) em todo território nacional (Brasil. Ministério da Saúde, 2003).

A expansão da APS e da saúde da família para todo território nacional refletiu no melhor acompanhamento das gestantes, no que se refere à cobertura assistencial e ao número de consultas (acesso e continuidade do cuidado). A *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança* demonstrou um aumento acentuado na cobertura assistencial da gestante no país como um todo, de 85,7% em 1996, para 98,7% em 2006 (PNDS, 2006). Esse aumento foi mais expressivo nas regiões Norte e Nordeste, onde a variação no período foi de 81,4% para 96,1% e de 73,9% para 97,9%, respectivamente. A distribuição regional do acesso no que se refere ao meio urbano-rural tornou-se menos desigual, uma vez que o incremento na cobertura foi maior no meio rural (de 68,1% em 1996 para 96,4% em 2006), enquanto no meio urbano elevou-se de 91,4% para 99,2% no mesmo período. A proporção de mulheres que iniciaram o acompanhamento no primeiro trimestre de gravidez foi de 77,4% em 1996 e 83,6% em 2006 (Brasil, 2009).

Dados do estudo *Nascer no Brasil*, que incluiu 23.894 gestantes nos anos de 2011 e 2012, evidenciam que mais de 97% das mulheres tiveram assistência no pré-natal (Viellas et



al., 2014). Em relação à realização do número de consultas preconizadas (igual ou maior a seis), a proporção foi de 57,3% na região Norte e 77,8% na região Sul. A média nacional foi de 73,1%. Essa pesquisa mostra que 64,4% das gestantes do Norte, 73,3% da região Nordeste, 78,5 da região Sudeste, 78% da região Centro-Oeste e 78,8% da região Sul iniciaram o pré-natal precocemente (antes da 16ª semana gestacional). Os motivos para início tardio foram prioritariamente ausência de diagnóstico (46,6%), problemas pessoais (30,1%) e barreiras no acesso ao serviço (23,2%) (Viellas et al., 2014).

Outro aspecto verificado com essa pesquisa foi que 74,6% das mulheres realizaram o pré-natal no sistema público de saúde. A maior proporção foi na região Norte (88,1%) e a menor, na região Sul (67,4%) (Viellas et al., 2014). Os achados remetem a perceptíveis diferenças regionais na assistência à mulher no período gravídico, que podem justificar melhores desfechos perinatais nas regiões em que o acesso e a continuidade do cuidado são melhores.

A equidade no acesso e a integralidade da atenção à saúde da gestante são princípios do SUS e direito das mulheres. Conhecer os fatores que interferem nesses princípios é necessário para provimento da atenção equânime desse público. Estudo prospectivo realizado com 4.244 mulheres residentes no extremo Sul do Brasil mostrou que gestantes brancas com maior renda familiar tiveram maior propensão a iniciar o pré-natal no primeiro trimestre e realizaram maior número de consultas em comparação com mulheres negras de baixa renda (Victora et al., 2010).

Estudos prospectivos realizados em 1982 e 2004 na mesma região (extremo Sul do Brasil) permitem a observação do aumento da cobertura do pré-natal de 1982 para 2004 (94,9% para 98,6%, respectivamente). O número médio de consultas também aumentou de 6,6 para 8,3 nesse período (Barros et al., 2005). Os autores evidenciam que, mesmo com a maior cobertura assistencial, permanecem lacunas quanto à qualidade do serviço, em que apenas 77% das mulheres foram submetidas a pelo menos um exame vaginal durante todo o pré-natal e apenas 32% das mulheres não imunizadas receberam a vacina toxoide tetânico (Barros et al., 2005).

A característica do serviço de saúde (com ou sem Estratégia Saúde da Família - ESF) foi investigada em estudo que buscou identificar diferenças na assistência pré-natal entre esses dois modelos de atenção, em Santa Maria – RS com 795 mulheres. Foi demonstrado que o número médio de consultas nas UBS tradicionais foi de 6,3 enquanto que nas UBS com ESF foi de 6,8. Em relação à idade gestacional média no início do pré-natal, foi de 16 semanas nas UBS tradicionais e de 14 semanas nas Unidades com ESF (Anversa et al., 2012).

Em relação aos procedimentos recomendados pelo Ministério da Saúde, foram realizados em maior proporção nas Unidades com ESF. Mulheres que realizam pré-natal na ESF receberam mais informações comparadas com as que fizeram em UBS tradicionais. Na avaliação da qualidade do pré-natal de acordo com o índice de *Kessner* modificado por Takeda (1993)<sup>1</sup> o pré-natal foi classificado como adequado para 59% das gestantes (56% UBS e 65% ESF) (Anversa et al., 2012). O modelo assistencial de ESF, pelos pressupostos organizacionais que o norteiam, parece ser mais adequado para assistir as gestantes de acordo com as diretrizes vigentes.

Mesmo reconhecendo o potencial da ESF para o acompanhamento da gestante, ainda observam-se diversas lacunas se tomarmos como referencial as orientações do Ministério da Saúde. Estudo realizado na região Sudeste do Brasil, com 308 gestantes de uma UBS com ESF, mostrou que, quando avaliados os elementos início do pré-natal até 16 semanas de gestação, mínimo de seis consultas, registro de todos os exames básicos, consulta puerperal e dose imunizante da vacina antitetânica, apenas 9,7% das mulheres usufruíram desse conjunto de práticas recomendadas (Correa et al., 2014).

Em relação à assistência pré-natal em Porto Alegre, de acordo com o *Plano Municipal de Saúde 2018-2021*, 75,25% das gestantes foram acompanhadas em 2016. A observação do número de notificações de sífilis na gestante e do número de crianças com sífilis congênita evidencia importante subnotificação, além de tratamento inadequado em 78% dos casos, 54% devido ao não tratamento do parceiro. A análise do *Plano Municipal de Saúde* deixa clara a preocupação dos gestores em empreender esforços para garantir o tratamento da sífilis na gestação e reduzir a transmissão vertical do HIV (Porto Alegre, 2009).

No que se refere à qualidade da atenção à saúde da mulher e ao respeito aos seus direitos sexuais e reprodutivos, a suscetibilidade do gênero feminino ao excesso de intervenções praticado nos serviços de saúde consiste em uma importante problemática na agenda da saúde pública brasileira. A manipulação do corpo da mulher e a responsabilização desta pelo planejamento familiar e pelo controle reprodutivo são intensificadas naquelas de baixa renda, baixa escolaridade e residentes na periferia. O *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher* (PAISM), lançado pelo Ministério da Saúde em 1983, traz uma visão crítica ao reducionismo das mulheres na sua função reprodutora e ao cuidado de sua saúde restrito à atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério, propondo uma abordagem integral à saúde da mulher, rompendo a lógica de ações isoladas de planejamento familiar (Osis, 1998).

---

<sup>1</sup> Classifica o pré-natal em adequado, intermediário e não adequado a partir do número de consultas realizadas e do período de início do pré-natal.

As inequidades na assistência às mulheres de baixa renda e escolaridade e residentes em áreas periféricas foram observadas em diversas situações, incluindo a assistência pré-natal, onde se observa um significativo número de mulheres vulneráveis com menos de seis consultas e que não tiveram consulta puerperal (BRASIL, 2009). No que se refere à violência obstétrica, há discordância na literatura: estudos nacionais apontam a condição de baixa renda, a residência em periferia e a baixa escolaridade da mulher como fatores associados à sua ocorrência, enquanto pesquisas internacionais não indicam tal associação (Okafor et al., 2015; Pereira et al., 2016; Small et al., 2002; Teixeira and Pereira, 2006).

O consumo excessivo de tecnologias biomédicas durante o ciclo gravídico-puerperal, caracterizado pelo excesso de exames clínico-laboratoriais, pela realização de procedimentos de rotina sem evidência científica de benefícios e pela elevada taxa de cesáreas eletivas, acarreta processos de perda de autonomia da mulher sobre seu próprio corpo. As tecnologias de assistência criam espaços de “poder simbólico”, que se traduz em assimetrias entre usuárias do serviço de saúde e profissionais que atuam nele. Esse cenário de “dominação simbólica” evidencia uma hierarquia que afasta o profissional da clientela feminina, repreende sentimentos, expectativas e desejos da mulher (Pereira, 2004).

### 2.3 JUSTIFICATIVA

A qualidade da atenção ao pré-natal está associada com a redução de desfechos negativos relacionados à saúde materno-infantil, pela capacidade de diagnóstico e manejo de condições de saúde da mulher, pregressas e da atual gestação (Barros et al., 2010; Carroli et al., 2001; Viellas et al., 2014). A atenção pré-natal também possibilita à gestante participar de atividades educativas, ter acesso à informações durante as consultas de acompanhamento e desenvolver atitudes e decisões orientadas por profissionais quanto ao parto e ao aleitamento materno (Anyá et al., 2008; Artiete-Pinedo et al., 2010).

Nesse cenário, a mulher poderá conhecer precocemente a maternidade, desenvolver relações de confiança com profissionais e estabelecer vínculos longitudinais com os serviços de saúde. Esses aspectos são necessários para o adequado acompanhamento da saúde do binômio mãe-bebê. A assistência pré-natal torna-se uma ferramenta para o empoderamento da mulher, reforçando a sua autonomia frente às decisões referentes ao parto e ao aleitamento, e o conhecimento de seus direitos nesse período (Brasil. Ministério da Saúde, 2013, 2014; Carroli et al., 2001; Viellas et al., 2014).

A satisfação é um importante indicador de qualidade do serviço de saúde (Tzeng and Yin, 2008). Pacientes mais satisfeitos realizam as consultas indicadas e são mais propensos a seguir as orientações/prescrições dos profissionais de saúde (Donabedian, 1988). A identificação da satisfação dos usuários com a atenção recebida fornece subsídios para aprimorar a assistência e otimizar fluxos e processos.

Os estudos nacionais e internacionais que avaliam a satisfação da mulher com o pré-natal são de delineamento qualitativo, envolvem número restrito de mulheres e muitas vezes, não englobam o contexto do serviço que acompanhou as gestantes, ou seja, não fazem uma avaliação abrangente da assistência, mas sim da satisfação com o cuidado recebido por uma categoria profissional em específico, prioritariamente enfermeiros (Barbosa and Fernandes, 2008; Handler et al., 1998, 1996). Nesse sentido, conhecer fatores proximais (relacionados ao cuidado), intermediários (aspectos de saúde da mulher) e distais (socioeconômicos) que interferem na satisfação das mulheres com a atenção pré-natal é fundamental para buscar melhor qualidade e humanização da assistência nesse período.

As diretrizes nacionais de atenção ao pré-natal e nascimento expressam a preocupação com a humanização na assistência à medida que, além de orientar boas práticas clínicas (exames e procedimentos), também dedica espaço para discutir os direitos da mulher e o seu bem-estar (Brasil. Ministério da Saúde, 2013, 2014, 2016). Nesse cenário, os achados deste estudo poderão ser úteis para melhor compreender a percepção das mulheres em relação à atenção pré-natal, contribuindo para a orientação e educação continuada dos profissionais de saúde quanto às suas práticas, bem como na elaboração ou reformulação de políticas públicas com enfoque em saúde da mulher e atenção ao pré-natal, parto e nascimento.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

Identificar os fatores associados à satisfação das mulheres com a atenção pré-natal em serviços de saúde de Porto Alegre, em 2015-2016.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

Estimar a prevalência de plena satisfação com a atenção ao pré-natal.

Descrever a frequência de práticas e cuidados realizados durante a atenção pré-natal, segundo a percepção das mulheres.

## REFERÊNCIAS

- Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012;344:1–14.
- Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: Unidades Básicas de Saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012;28:789–800.
- Anya SE, Hydera A, Jaiteh LE. Antenatal care in The Gambia: Missed opportunity for information, education and communication. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008;8:9.
- Artiete-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Remiro-Fernandezdegamboa G, Odriozola-Hermosilla I, Bacigalupe A, et al. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nurs Res* 2010;59:194–202.
- Barbosa MA, Ferrnandes RÁQ. Avaliação da assistência pré-natal de baixo risco no Município de Francisco Morato-SP. *Online Brazilian J Nurs* 2008;7:1–14.
- Barros FC, Bhutta ZA, Batra M, Hansen TN, Victora CG, Rubens CE. Global report on preterm birth and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010;10:2–36.
- Barros FC, Victora CG, Barros AJD, Santos IS, Albernaz E, Matijasevich A, et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: Findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *Lancet* 2005;365:847–54.
- Brasil. Atenção à saúde da gestante em APS. 2ª ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2017.
- Brasil. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Dispõe sobre a implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasil: 2015.
- Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasil: 1990.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília - DF: 1988.
- Brasil. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança. 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto: Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das mulheres. Brasília - DF: 2016.
- Brasil. Ministério da Saúde. Caderno HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento. 4ª ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde; 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde. Rede Cegonha: Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar. 1ª ed. Brasília - DF: 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília - DF: 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico: pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada. 3ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para

consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2003;3:113–25.

Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2001;15:1–42.

Castro ME, Moura MAV, Silva LMS. Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva das puérperas egressas. *Rev Rene* 2010;11:72–81.

Catling C, Medley N, Foureur M, Ryan C, Leap N, Teate A, et al. Group versus conventional antenatal care for women (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2015:24.

Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry* 1988;25:25–36.

Correa MD, Tsunehiro MA, Pimentel Lima MO, Bonadio IC. Evaluation of prenatal care in unit with family health strategy. *Rev da Esc Enferm da USP* 2014;48:24–32.

Datasus. Informações de saúde. Ministério da Saúde 2018. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201> (accessed June 15, 2018).

Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012;28:425–37.

Donabedian A. Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. *Inquiry* 1988;25:173–92.

Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, Franks P. The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Arch Intern Med* 2012;172:405–11.

Galle A, Van Parys AS, Roelens K, Keygnaert I. Expectations and satisfaction with antenatal care among pregnant women with a focus on vulnerable groups: a descriptive study in Ghent. *BMC Womens Health* 2015;15:112.

Handler A, Raube K, Kelley MA, Giachello A. Women's satisfaction with prenatal care settings: a focus group study. *Birth* 1996;23:31–37.

Handler A, Rosenberg D, Raube K, Kelley MA. Health care characteristics associated with women's satisfaction with prenatal care. *Med Care* 1998;36:679–94.

Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola T. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *BMJ Qual Saf* 2002;11:335–9.

Johnson K, Hallsey D, Meredith RL, Warden E. A nurse-driven system for improving patient quality outcomes. *J Nurs Care Qual* 2006;21:168–75.

Lambon-Quayefio MP, Owoo NS. Examining the influence of antenatal care visits and skilled delivery on neonatal deaths in Ghana. *Appl Health Econ Health Policy* 2014;12:511–22.

Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration (Review). *J Adv Nurs* 2012;67:1607–17.

Maciel Cardelli AA, Marrero TL, Pimenta Ferrari RA, Martins JT, Serafim D. Expectations and satisfaction of pregnant women: Unveiling prenatal care in primary care. *Investig Y Educ En Enferm* 2016;34:252–60.

Matejić B, Milićević MŠ, Vasić V, Djikanović B. Maternal satisfaction with organized perinatal care in Serbian public hospitals. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:1–9.

- McCurdy RJ, Kjerulff KH, Zhu J. Prenatal care associated with reduction of neonatal mortality in Sub-Saharan Africa: evidence from Demographic and Health Surveys. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011;90:779–90.
- Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, editors. *Agir em saúde - um desafio para o público*. 1ª ed, São Paulo: HUCITEC; 1997, p. 1–63.
- Okafor II, Egwu EO, Obi SN. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. *Int J Gynecol Obstet* 2015;128:110–3.
- Oliveira CB, Ramos MC. O grau de satisfação da usuária gestante na assistência pré-natal nas Unidades de Saúde da Família no município de Vitória. *Cad Saúde Coletiva* 2007;15:241–55.
- ONU. Nações Unidas no Brasil. *Objet Desenvolv Sustentável* 2018. Available from: <https://nacoesunidas.org/> (accessed July 7, 2018).
- Osis MJMD. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad Saúde Pública* 1998;14:S25–32.
- Pereira J, Silva J, Borges N, Ribeiro M. Violência obstétrica: ofensa a dignidade humana. *Brazilian J Surg Clin Reserch* 2016;15:103–8.
- Pereira WR. Poder, violência e dominação simbólica nos serviços públicos de saúde. *Texto Context Enferm* 2004;13:391–400.
- Porto Alegre. *Plano Municipal de Saúde 2018-2021* 2009:1–290.
- Ribeiro JM, Costa NR, Pinto LFS, Silva PLB. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. *Cad Saúde Pública* 2004;20:534–45.
- Silva EP, Lima RT, Costa MJC, Batista Filho M. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. *Rev Panam Salud Pública* 2013;33:356–62.
- Silva EP, Lima RT, Osório MM. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. *Ciêns Saúde Colet* 2016;21:2935–48.
- Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. *Ciêns Saúde Colet* 2011;16:3807–16.
- Simkhada B, Van Teijlingen ER, Porter M, Simkhada P. Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. *J Adv Nurs* 2008;61:244–60.
- Small R, Yelland J, Lumley J, Brown S, Liamputtong P. Immigrant women's views about care during labor and birth: An Australian study of Vietnamese, Turkish, and Filipino women. *Birth* 2002;29:266–77.
- Su L, Chong Y, Chan Y, Chan Y, Fok D, Tun K, et al. Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: randomised controlled trial. *BMJ* 2007;335:596–596.
- Teixeira NZF, Pereira WR. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Curitiba. *Rev Bras Enferm* 2006;59:740–4.
- Tzeng HM, Yin CY. Patient satisfaction versus quality. *Nurs Ethics* 2008;15:121–4.
- United Nations. *The Millennium Development Goals Report*. New York: United Nations; 2015.
- Victora CG, Barros FC. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional



patterns and possible interventions. *São Paulo Med J* 2001;119:33–42.

Victora CG, Matijasevich A, Silveira M, Santos I, Barros AJ, Barros FC. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. *Health Policy Plan* 2010;25:253–61.

Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMT, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2014;30:85–100.

Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* 2004;31:17–27.

WHO. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: 2016.

## 4 ARTIGO

Artigo formatado para submissão na revista **Cadernos de Saúde Pública**

### **FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO DAS MULHERES COM A ATENÇÃO PRÉ-NATAL EM PORTO ALEGRE – RS**

**Título resumido:** Satisfação com a atenção pré-natal

**Autores:** Janini Cristina Paiz, Patrícia Klarmann Ziegelmann, Ana Cláudia Martins Magnus, Elsa Regina Justo Giugliani, Camila Giugliani

#### **RESUMO**

**Objetivo:** Estimar a prevalência e os fatores associados à plena satisfação com a atenção pré-natal em serviços de saúde de Porto Alegre. **Métodos:** Estudo transversal com inclusão de 287 puérperas que tiveram partos em uma maternidade pública e outra privada. Foram selecionadas aleatoriamente, nas maternidades, mulheres que tiveram recém-nascidos a termo e sem intercorrências neonatais. Entrevistas presenciais com as puérperas, com aplicação de questionário estruturado, foram feitas cerca de 30 dias após o parto, nos seus domicílios. A satisfação com o pré-natal foi medida por meio de escala Likert (muito satisfeita a muito insatisfeita). Foram estimadas razões de prevalência (RP) por regressão de *Poisson*, utilizando modelo hierarquizado. **Resultados:** A prevalência de plena satisfação foi de 46,3%, e os fatores a ela associados foram: ter ingressado no ensino superior (RP:1,49; IC95%: 1,08-2,06); ter sido atendida por outros profissionais de saúde, além do médico de família, ginecologista-obstetra, generalista ou enfermeiro (RP: 1,29; IC95%: 1,00-1,66); ter recebido orientações sobre amamentação (RP: 1,33; IC95%: 1,05-1,68) e sobre local do parto (RP: 1,56; IC95%: 1,12-2,17); e ter se sentido à vontade para fazer perguntas e participar das decisões (RP: 5,17; IC95%: 1,79-14,96). **Conclusões:** A percepção de plena satisfação com os cuidados no pré-natal esteve associada ao cuidado multiprofissional, ao recebimento de orientações e ao sentimento de estar à vontade para questionar e decidir sobre seu cuidado. Este estudo fornece subsídios para qualificação da assistência obstétrica e implementação de práticas e cuidados que gerem maior satisfação das mulheres com a atenção pré-natal.

**Palavras-chave:** Cuidado Pré-Natal, Saúde da Mulher, Satisfação do Paciente.

**Key words:** Prenatal Care, Women's Health, Patient Satisfaction.

**Palabras clave:** Atención Prenatal, Salud de la Mujer, Satisfacción del Paciente.

## INTRODUÇÃO

A atenção pré-natal é uma ferramenta importante de vinculação da gestante à rede de serviços de saúde. Composta por ações clínicas e educativas, tem como principais objetivos o acompanhamento do desenvolvimento da gestação, a detecção e o manejo de condições que possam afetar o bem-estar da gestante e/ou da criança e o empoderamento da mulher para o autocuidado, o parto e a prática do aleitamento materno<sup>1-3</sup>.

A satisfação é um indicador de qualidade da assistência, mas, por si só, é incapaz de demonstrar todos os aspectos que caracterizam uma instituição ou serviço de saúde como de excelência. A avaliação da satisfação envolve a utilização de critérios subjetivos relacionados à percepção dos usuários sobre determinados serviços ou produtos, enquanto a aferição da qualidade envolve indicadores tanto objetivos quanto subjetivos<sup>4</sup>.

Fatores sociodemográficos interferem no grau de satisfação dos usuários, embora não sejam sensíveis às condutas dos profissionais de saúde. Os fatores que mais influenciam, segundo a literatura, são idade, escolaridade, sexo e renda<sup>5,6</sup>. No que se refere à atenção pré-natal, a escolaridade, a coabitação com o companheiro e a renda parecem estar associadas à adequação da assistência de acordo com as diretrizes vigentes<sup>7</sup>. Já os antecedentes obstétricos da mulher, como paridade e planejamento da gestação, mesmo que pouco documentados na literatura como preditores de satisfação, podem estar associados, por envolverem concepções, formulações de conceitos e significados sociais, bem como expectativas da mulher<sup>8</sup>.

Conhecer o nível de satisfação dos usuários com um determinado serviço envolve identificar, a partir da percepção de quem o utiliza, aspectos relacionados ao acesso, à eficácia, à eficiência, à conveniência e, em se tratando de serviços privados, ao custo associado. Diferente das medidas sumárias de qualidade utilizadas comumente em ambientes hospitalares, baseadas em indicadores de resultado, como índice de infecção ou incidência de lesão por pressão, a satisfação enfatiza o protagonismo do usuário e leva em conta a percepção deste sobre a organização da instituição<sup>9-12</sup>.

Até o presente, os estudos que abordam satisfação com a atenção pré-natal são majoritariamente qualitativos, envolvem um número pequeno de mulheres e, em geral, são restritos ao cuidado prestado à gestante por uma única categoria profissional, comumente a enfermagem, ou ainda a poucos serviços de atenção primária<sup>13-15</sup>. Por essas características, acabam não disponibilizando uma visão abrangente da assistência à mulher, bem como da percepção desta sobre o cuidado recebido.

Ao identificar as mudanças positivas em desfechos de saúde de mães e crianças associadas com a atenção pré-natal, diversos autores estudaram a adequação do cuidado

prestado com as recomendações vigentes, utilizando indicadores diretos de qualidade, tais como: número de consultas, realização de procedimentos e exames padrão, imunização em tempo oportuno, entre outros aspectos<sup>1,2,16,17</sup>. Entretanto, poucos estudos avaliaram a satisfação das mulheres com a atenção recebida nesse período.

Proporcionar uma “experiência positiva de gestação e nascimento” vai muito além de fornecer cuidados rotineiros e protocolares e tem recebido visibilidade pela Organização Mundial da Saúde (OMS). De acordo com essa agência, uma experiência positiva de gestação envolve: a manutenção das condições orgânicas e socioculturais da mulher, a manutenção de uma gestação saudável para mãe e bebê, a transição eficaz para o trabalho de parto e nascimento e o alcance da experiência de maternidade com autonomia, competência e autoestima<sup>18</sup>.

Nesse cenário, este estudo não busca agregar mais evidências incontestáveis sobre os benefícios do pré-natal na redução de desfechos desfavoráveis para mães e bebês, mas conhecer, por meio da percepção das mulheres, a satisfação com as práticas de cuidado recebidas durante a gestação, bem como identificar possíveis fatores associados à maior satisfação com a atenção pré-natal.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### Delineamento e local do estudo

Este é um estudo transversal com puérperas que tiveram seus partos em duas das maiores maternidades de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS): o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), hospital escola, com 92% de atendimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS); e o Hospital Moinhos de Vento (HMV), privado, sem atuação acadêmica na área de obstetrícia durante o período deste estudo. A coleta de dados ocorreu entre janeiro e agosto de 2016.

### População do estudo e seleção da amostra

A seleção das participantes foi realizada nas maternidades, de maneira aleatória. Diariamente, todas as mulheres que tiveram partos nas 24 horas anteriores e que atendiam aos critérios de inclusão receberam uma numeração, que foi utilizada para sorteio. Eram sorteadas, por dia, duas mulheres no HCPA e uma mulher no HMV, até alcançar a amostra pretendida.

Este estudo incluiu mulheres que tiveram recém-nascido vivo, único, com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas e residentes no município de Porto Alegre. Foram excluídas mães ou bebês com complicações obstétricas e/ou neonatais que resultassem em óbito ou internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou que continham alguma contraindicação ao aleitamento materno. Mulheres residentes em área de risco para visita domiciliar (bairros em situação grave de violência, onde visitas por agentes comunitários de saúde estavam suspensas) também foram excluídas do estudo.

### Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre janeiro e agosto de 2016. No período de 31 a 37 dias após o parto, foi realizada uma entrevista no domicílio ou, raras vezes, em outro local de preferência da mulher, para aplicação de questionário estruturado, o qual foi elaborado pelas autoras especificamente para este estudo.

As entrevistas foram realizadas por uma equipe de 12 entrevistadoras treinadas, após projeto piloto desenvolvido para detectar necessidade de ajuste no questionário. Reuniões semanais para supervisão das entrevistas foram realizadas a fim de uniformizar a aferição dos dados. O controle de qualidade ocorreu por meio de ligação telefônica para conferência de algumas respostas, realizado por uma pesquisadora do projeto para 5% da amostra, selecionadas por sorteio.

Foram consideradas perdas as mulheres que não foram encontradas para realização da entrevista após pelo menos três tentativas de contato telefônico e uma presencial.

### Variáveis preditoras

As variáveis de exposição foram divididas em: sociodemográficas (idade, escolaridade da mulher e do companheiro, ocupação, coabitação, cor da pele autorreferida, nível socioeconômico de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa<sup>19</sup> e situação conjugal); antecedentes obstétricos e saúde da mulher (problemas crônicos de saúde, consumo de medicações psicoativas, álcool e tabaco, gestações prévias, intervalo entre as gestações, abortos, feto morto e planejamento da gestação atual); e atenção pré-natal (local de realização, número de consultas, início do acompanhamento, profissional que realizou o pré-natal, atendimento multiprofissional, recebimento de visita domiciliar ou busca ativa, participação em curso ou grupo de gestantes, recebimento de orientações sobre direitos, local do parto,

plano de parto e aleitamento materno, busca de informações e sentimento de “estar à vontade” para fazer questionamentos e participar das decisões).

### Variável de desfecho

O desfecho – satisfação da mulher com o atendimento no pré-natal – foi aferido ao final do questionário, após recordação de todos os cuidados e orientações realizados na gestação pelos profissionais de saúde, com a pergunta: “*Qual a sua satisfação em relação aos cuidados recebidos ao longo da gestação?*” A resposta foi avaliada por meio de escala Likert com cinco opções: muito satisfeita, satisfeita, nem satisfeita/nem insatisfeita, insatisfeita e muito insatisfeita. Devido ao alto percentual de respostas nas categorias “satisfeita” e “muito satisfeita” encontrado no estudo e ao desejo das pesquisadoras por investigar os aspectos relacionados com a plena satisfação, o desfecho foi considerado de forma binária: plena satisfação (SIM ou NÃO).

### Cálculo amostral e análise estatística

O tamanho da amostra foi calculado no programa *Power Sample*. Considerando uma prevalência<sup>20</sup> de plena satisfação com o pré-natal igual a 54% e erro de estimativa de seis pontos percentuais, o tamanho de amostra calculado foi de 265 (totalizando 279 com o acréscimo de 5% de perdas). Tomando a regra de 10 eventos por fator, este tamanho amostral permite a inclusão de 13 fatores em um modelo multivariável.

A associação entre os fatores preditores e o desfecho “plena satisfação” foi avaliada por meio da regressão de *Poisson* com estimação robusta da variância (que fornece estimativas para razão de prevalências), segundo modelo hierárquizado<sup>21,22</sup>. Foram incluídas na modelagem as variáveis que apresentaram associação com o desfecho a um nível de significância de  $p < 0,2$  na análise univariável. Algumas variáveis específicas da rede pública de saúde, tais como pré-natal realizado por enfermeiro, recebimento de visita domiciliar e ocorrência de busca ativa foram excluídas, uma vez que a inclusão das mesmas reduziria consideravelmente a amostra. A análise estatística foi realizada com auxílio do *software SPSS* versão 18.0.

As variáveis foram hierarquizadas conforme nível de proximidade com o desfecho: distal (características sociodemográficas); intermediário (antecedentes obstétricos) e proximal (características do cuidado pré-natal), como apresentado na Figura 1. Aqueles fatores que, em seu nível, apresentaram associação com o desfecho, considerando  $p < 0,2$ , foram incluídos nos

níveis seguintes para ajuste de confusão. No modelo final, o nível de significância adotado foi  $p < 0,05$ , e os resultados foram expressos em razões de prevalência (RP) com os respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% e p-valor. A variável contínua (idade) atendeu à suposição de linearidade.

### Aspectos éticos

O projeto “*Fatores associados à satisfação das mulheres com o atendimento ao seu parto*”, que inclui as análises desenvolvidas neste estudo, encontra-se em conformidade com as normas que regem pesquisas com seres humanos<sup>23</sup> e foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas, sob pareceres 1.288.088 (HCPA) e 1.204.288 (HMV). Todas as puérperas que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## **RESULTADOS**

Das mulheres sorteadas neste estudo, 379 foram elegíveis. Destas, 287 foram efetivamente entrevistadas, sendo que houve 25 perdas por recusa a participar do estudo e 67 por falha no contato para agendamento das entrevistas.

A estimativa de plena satisfação foi de 46,3% (IC95%:40,5-50,3). Entre as 53,7% mulheres não plenamente satisfeitas, 38,0% disseram estar satisfeitas, 9,8% se consideraram nem satisfeitas nem insatisfeitas com o cuidado, 4,9% estavam insatisfeitas e 1,0% estavam muito insatisfeitas com a atenção pré-natal.

A Tabela 1 evidencia que, independentemente da satisfação (plena ou não plena), a amostra estudada foi composta prioritariamente de mulheres com idade entre 20 e 34 anos (69,3%), brancas (75,3%), em relacionamento estável (65,7%) e com ao menos uma gravidez anterior a esta (56,8%). Das mulheres plenamente satisfeitas, a maioria pertencia às classes sociais A-B (70,5%), tinha ensino superior completo (48,1%) e planejou a atual gestação (62,4%), enquanto a maioria das não plenamente satisfeitas pertenciam às classes sociais C-D-E (54,2%), tinham ensino médio completo (40,3%) e não haviam planejado a atual gestação (53,9%).

Quanto à atenção pré-natal, observa-se um elevado número de mulheres que realizou a primeira consulta até a sexta semana de gestação (36,4%) e que teve um número total de consultas maior do que oito (83,7%). Apenas 21,7% das mulheres foram atendidas por outros profissionais (além do profissional responsável pelo pré-natal - médico generalista,

ginecologista-obstetra ou de saúde da família e comunidade ou enfermeiro). A presença de acompanhante em ao menos uma consulta de pré-natal ocorreu com 76% das gestantes. A maioria das mulheres (84%) afirmou sentir-se plenamente à vontade para fazer perguntas. Quanto ao recebimento de orientações/informações, 67,8% foram orientadas sobre o local de realização do parto, 53,9% sobre seus direitos, 30,9% sentiram-se plenamente orientadas sobre aleitamento materno e 13,2% receberam informações sobre plano de parto (Tabela 1).

A análise univariável (não ajustada) sugere que mulheres brancas, com maior idade, renda e escolaridade, e com companheiro têm maior satisfação com os cuidados recebidos ao longo da gestação. Em relação aos antecedentes obstétricos, a análise bruta mostrou associação entre planejamento da gestação e plena satisfação com os cuidados no pré-natal. Com exceção do fator “buscou ativamente informações no pré-natal”, todos os demais testados na análise bruta, no nível proximal, tiveram associação significativa com o desfecho. (Tabela 2)

Na análise multivariável, no nível distal, apenas a escolaridade da mulher mostrou-se associada à satisfação com a atenção pré-natal após ajuste. O ingresso no ensino superior, mesmo que sem conclusão do curso, esteve associado à plena satisfação (RP:1,49; IC95%: 1,08-2,06; p:0,015). Os fatores intermediários não apresentaram significância estatística após ajuste. (Tabela 2)

No nível proximal, quatro fatores se mostraram associados com plena satisfação: ter recebido atendimento multiprofissional, informações sobre local do parto e aleitamento materno e o fato de sentir-se à vontade para fazer perguntas (Tabela 2). Estima-se que a prevalência de plena satisfação com os cuidados no pré-natal é 29% maior nas mulheres atendidas por outros profissionais de saúde, além do pré-natalista (RP: 1,29; IC95%: 1,00-1,66; p:0,049). Dos profissionais que compartilharam o cuidado das gestantes com os pré-natalistas, 50% foram de especialidades médicas (endocrinologia e psiquiatria, prioritariamente), 43,5% de profissões não médicas (nutricionistas, psicólogos, dentistas e/ou fisioterapeutas) e 6,5% tiveram atendimento tanto de especialistas médicos quanto profissionais de ensino superior não médicos.

A prevalência de plena satisfação também foi maior em mulheres orientadas sobre amamentação (RP: 1,33; IC95%: 1,05-1,68; p:0,017), sobre local do parto (RP: 1,56; IC95%: 1,12-2,17; p:0,008) e que sentiram-se à vontade para fazer perguntas e participar das decisões (RP: 5,17; IC95%: 1,79-14,96; p:0,002).

O modelo final confirma que os cinco fatores significativamente associados em cada nível são fatores independentemente associados com a plena satisfação das mulheres com a atenção pré-natal.



## DISCUSSÃO

A proporção de plena satisfação com os cuidados no pré-natal foi de 46,3%. Os fatores associados à plena satisfação das mulheres foram: ter ingressado no ensino superior; ter sido atendida por outros profissionais de saúde, além daquele responsável pelas consultas de rotina (médico de família, ginecologista-obstetra, clínico geral ou enfermeiro); ter sido plenamente orientada sobre amamentação; ter recebido informações sobre local do parto; e ter se sentido à vontade para fazer perguntas e participar das decisões.

A satisfação com a assistência pré-natal, segundo a literatura, varia de acordo com a organização dos serviços e dos quesitos avaliados (estrutura, recursos humanos, disponibilidade de insumos e exames)<sup>24</sup>. Este estudo identificou uma proporção de 46,3% de plena satisfação com os cuidados no pré-natal. Pesquisa desenvolvida no Nordeste brasileiro mostrou que 59,6% das mulheres estavam satisfeitas com os cuidados prestados às gestantes<sup>24</sup>. Avaliação envolvendo 203 puérperas que realizaram pré-natal no sistema público de saúde em 22 municípios distribuídos em todas as regiões brasileiras identificou que 64% atribuíram “excelente” ao conceito geral do pré-natal, com maior porcentagem de satisfação nas mulheres atendidas em locais com saúde da família (71,2%), comparado com UBS tradicionais (56,6%)<sup>20</sup>. No âmbito internacional, estudo realizado no Irã mostrou um percentual de satisfação de 84% com a atenção pré-natal<sup>25</sup>. Não foram encontrados estudos internacionais com avaliação do desfecho “plena satisfação”/muito satisfeita.

Das características sociodemográficas avaliadas neste estudo, apenas a escolaridade da mulher esteve significativamente associada à satisfação com os cuidados no pré-natal. Mulheres que ingressaram no ensino superior, mesmo que não o tenham concluído, tiveram uma prevalência 49% maior de plena satisfação. Nossos achados corroboram com dados da literatura, em que mulheres com maior renda, escolaridade e condições de trabalho possuem maior satisfação com a atenção recebida no pré-natal<sup>8</sup>. Ainda, avaliação da assistência pré-natal no extremo sul do Brasil identificou a escolaridade, a renda e a coabitação com o companheiro como aspectos associados com a adequação no pré-natal (de acordo com critérios de Takeda, Coimbra *et al.* e Silveira *et al.*)<sup>7</sup>.

Os achados da pesquisa *Nascer no Brasil* evidenciam possíveis explicações para a maior satisfação com a atenção entre mulheres com maior escolaridade. Na pesquisa, em que foram avaliadas variáveis relativas ao atendimento ao parto, e não ao pré-natal, a percepção de menor tempo de espera no atendimento, tratamento respeitoso por parte dos profissionais de

saúde, privacidade nos exames e no parto, clareza nas explicações e possibilidade de fazer perguntas foi significativamente maior em mulheres com elevada escolaridade<sup>26</sup>.

Em relação ao planejamento da gravidez, nosso estudo mostrou que 53,9% das mulheres entrevistadas o fizeram e que o mesmo não esteve associado com a satisfação, concordando com estudo realizado na Turquia, que, assim como o nosso, também não encontrou associação entre planejamento da gestação e satisfação no pré-natal<sup>8</sup>.

A assistência pré-natal deve compor ações e estratégias que envolvam o empoderamento da gestante para as escolhas referentes ao parto e a instrumentalização da mulher para reconhecer seus direitos e conhecer a segurança e a indicação clínica de cada prática realizada no momento do parto. A assistência pré-natal também deve fornecer espaço para orientar a mulher em relação aos benefícios, técnicas e manejo de situações recorrentes no aleitamento materno. Entretanto, essas práticas ainda não estão bem consolidadas na assistência à gestante no Brasil.

Nosso estudo demonstrou que 67,8% das gestantes foram orientadas sobre o local de realização do parto, 53,9% sentiram-se plenamente orientadas sobre seus direitos e 30,9% sobre aleitamento materno. Somente 13,2% das mulheres receberam informações sobre plano de parto. Mulheres plenamente orientadas sobre o local de realização do parto e plenamente orientadas sobre o aleitamento materno estavam significativamente mais satisfeitas com o pré-natal.

Pesquisa realizada na rede de assistência pré-natal do Rio de Janeiro demonstrou que das 2.353 mulheres estudadas, apenas 677 receberam informações sobre o parto e o aleitamento materno (28,7%). O recebimento dessas orientações esteve significativamente associado com o número adequado (seis) de consultas de pré-natal<sup>27</sup>. Em outro cenário, no Rio Grande do Sul, o percentual de mulheres orientadas sobre aleitamento materno foi de 58% no sistema público de saúde e acima de 70% no sistema privado<sup>28</sup>. Existem evidências mostrando que a orientação em relação ao aleitamento materno durante o pré-natal está significativamente associada com melhores taxas de aleitamento exclusivo precoce e mantido até o sexto mês de vida<sup>29</sup>.

A escassez de estudos que discutem a satisfação com a atenção pré-natal fundamentada em práticas educativas e formativas inviabiliza a comparação com outros cenários. A avaliação da qualidade da assistência à gestante direcionada apenas a exames e procedimentos de rotina limita o cuidado humanizado e a assistência baseada nas tecnologias leves do cuidado<sup>30</sup>.

Não há consenso em relação à associação entre o número de consultas realizadas e a satisfação da mulher com a atenção pré-natal. Enquanto alguns autores enfatizam que as

visitas mais frequentes no pré-natal estão associadas ao empoderamento da mulher e à experiência positiva de maternidade<sup>31,32</sup>, outros demonstram que mulheres que se sentem à vontade para perguntar e ouvidas se mostram mais satisfeitas, mesmo com um menor número de consultas<sup>33</sup>. No nosso estudo, o início precoce do pré-natal não esteve associado significativamente com a satisfação, achado que vai ao encontro dos resultados de uma pesquisa realizada com 397 mulheres russas<sup>34</sup>.

Este estudo não demonstrou associação significativa entre o local de realização do pré-natal (serviço público ou privado/misto) e a satisfação com os cuidados na análise ajustada. Já a pesquisa realizada na Turquia, por Ivanov e Erci, identificou maior satisfação das mulheres que realizaram pré-natal em centros públicos de atenção primária, sendo o acesso geográfico facilitado e a relação interpessoal qualificada os fatores responsáveis pela maior satisfação<sup>8</sup>. Pesquisas nacionais sobre a temática evidenciam maior cobertura para os indicadores de qualidade do pré-natal em serviços privados; no entanto, não discutem a percepção da satisfação da gestante com o cuidado recebido<sup>35</sup>. A literatura nacional avalia a assistência em diferentes modelos de atenção primária, demonstrando maior satisfação com o pré-natal em mulheres atendidas em unidades de saúde da família, em comparação com as unidades básicas tradicionais<sup>20</sup>.

No que se refere ao atendimento multiprofissional, nosso estudo demonstrou maior satisfação com a atenção pré-natal em mulheres que foram atendidas por outros profissionais além do médico ou enfermeiro responsável pelo acompanhamento de rotina na gestação. A literatura é discordante em relação à assistência multiprofissional na saúde, porém não existem dados específicos ao cuidado pré-natal: revisão sistemática que incluiu 26 estudos de boa qualidade metodológica, com amostra de 15.526 participantes, demonstrou efeitos positivos da atenção multiprofissional na satisfação do paciente, em 10 estudos<sup>36</sup>. Porém, essa revisão sistemática incluiu apenas um estudo em ambiente de atenção à saúde materna, em que o cuidado multiprofissional não esteve associado à satisfação das mulheres<sup>36,37</sup>.

Nosso estudo identificou uma importante associação entre satisfação com os cuidados no pré-natal e o sentimento da mulher de estar à vontade para fazer perguntas e participar das decisões. Esses achados corroboram com diversas pesquisas nacionais e internacionais, em diferentes cenários de cuidado, que demonstram o impacto positivo da relação interpessoal harmoniosa e de respeito entre usuário e profissional na satisfação com os cuidados recebidos<sup>13,14,38,39</sup>.

As limitações do nosso estudo envolvem as possíveis variações individuais nas respostas autorreferidas, a despeito do treinamento das entrevistadoras, e o constrangimento

ou intimidação diante das perguntas realizadas face a face. Também o fato de a entrevista ter sido realizada 30 dias após o parto pode ter ocasionado, em algum grau, viés de memória.

Dentre os pontos fortes do estudo, destaca-se a qualidade metodológica, a amostra aleatória e o rigor com que foram realizadas as entrevistas, com contínuo controle de qualidade. Ressalta-se que a avaliação do desfecho foi feita ao final de uma série de perguntas que verificavam aspectos diversos da assistência pré-natal. Isso permitiu que a mulher refletisse sobre aspectos específicos do contato com o serviço de saúde antes de avaliá-lo, e reduziu possível viés de memória. Ainda, a entrevista realizada fora da maternidade e passados 30 dias do parto também diminuiu a chance de hesitação por parte das participantes em criticar o serviço de saúde ou os profissionais que as atenderam, reduzindo o viés de gratidão. Neste estudo, buscou-se entender aspectos de qualidade da assistência à saúde pouco explorados no contexto específico do pré-natal, o que o diferencia de outros estudos disponíveis na literatura até o presente.

## **CONCLUSÕES**

Neste estudo, menos da metade das mulheres estavam plenamente satisfeitas com a atenção pré-natal, e a maior satisfação estava relacionada com a escolaridade elevada, com o atendimento multiprofissional e com uma relação profissional-gestante que favoreceu a troca de informações e orientações e que estimulou o protagonismo da mulher na tomada de decisões. Além disso, nossos achados mostram que algumas práticas recomendadas, como a participação em atividades coletivas (cursos e grupos de gestantes), a realização de plano de parto e o recebimento de orientações ainda são pouco difundidas nesses cenários, ao mesmo tempo em que outras, como o estímulo à participação do parceiro e o sentimento da mulher estar a vontade para fazer perguntas e participar das decisões têm ocorrido com muita frequência nos serviços de assistência ao pré-natal.

Os resultados deste estudo sugerem que atenção especial deve ser dada aos fatores associados com a plena satisfação das mulheres com o pré-natal, no sentido de abordá-los no contexto das políticas que visam implementar boas práticas no cuidado à gestante e fortalecer as premissas de experiência positiva de gestação, parto e nascimento propostas internacionalmente pela OMS.

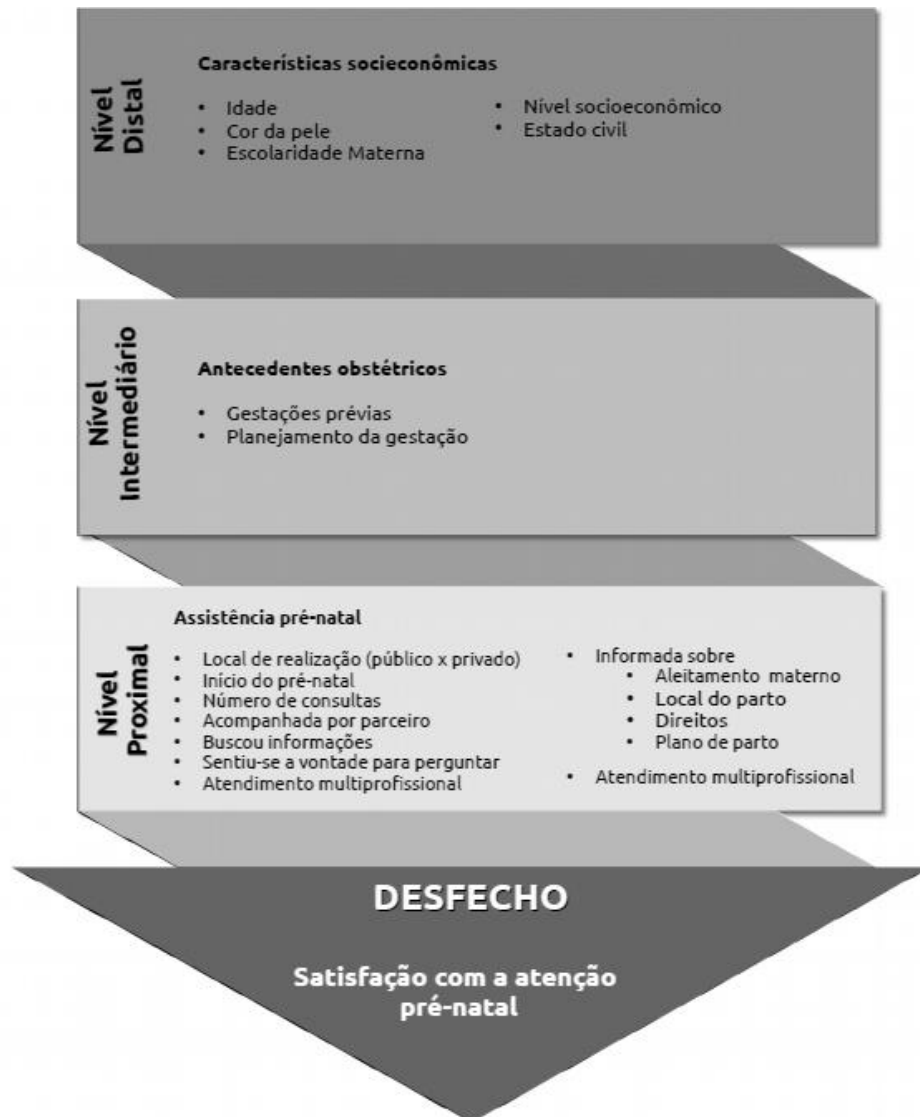
## REFERÊNCIAS

1. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMT, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(Suppl):85-100.
2. Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2001;15(Suppl 1):1-42.
3. Barros FC, Bhutta ZA, Batra M, Hansen TN, Victora CG, Rubens CE. Global report on preterm birth and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10(Suppl 1):2-36.
4. Tzeng HM, Yin CY. Patient satisfaction versus quality. *Nurs Ethics*. 2008;15(1):121-4.
5. Shirley ED, Sanders JO. Patient satisfaction: implications and predictors of success. *J Bone Jt Surg*. 2013;95(10):e69-1-4.
6. Ali FMH, Nikoloski Z, Reka H. Satisfaction and responsiveness with health-care services in Qatar-evidence from a survey. *Health Policy (New York)*. 2015;119(11):1499-505.
7. Saavedra JS, Cesar JA. Uso de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-natal: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(5):1003-14.
8. Erci B, Ivanov L. The relationship between women's satisfaction with prenatal care service and the characteristics of the pregnant women and the service. *Eur J Contracept Reprod Heal Care*. 2004;9(1):16-28.
9. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med*. 1994;38(4):509-16.
10. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: I-Important general considerations. *BMJ*. 1991;302:887-9.
11. Johnson K, Hallsey D, Meredith RL, Warden E. A nurse-driven system for improving patient quality outcomes. *J Nurs Care Qual*. 2006;21(2):168-75.
12. White B. Measuring Patient Satisfaction: how to do it and why to bother. *Farm Pr Maneg*. 1999;6(1):40-4.
13. Handler A, Raube K, Kelley MA, Giachello A. Women's satisfaction with prenatal care settings: a focus group study. *Birth*. 1996;23(1):31-37.
14. Handler A, Rosenberg D, Raube K, Kelley MA. Health care characteristics associated with women's satisfaction with prenatal care. *Med Care*. 1998;36(5):679-94.
15. Barbosa MA, Fernandes RÁQ. Avaliação da assistência pré-natal de baixo risco no Município de Francisco Morato-SP. *Online Brazilian J Nurs*. 2008;7(3):1-14.
16. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: Unidades Básicas de Saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(4):789-800.
17. Silva EP, Lima RT, Costa MJC, Batista Filho M. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. *Rev Panam Salud Pública*. 2013;33(5):356-62.
18. WHO. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization, editor. Geneva; 2016. 172 p.
19. ABEP. Critério Brasil 2014. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. 2014 [cited 2018 Jul 4]. Available from: [www.abep.org/criterio-brasil](http://www.abep.org/criterio-brasil)

20. Ribeiro JM, Costa NR, Pinto LFS, Silva PLB. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. *Cad Saúde Pública*, Rio Janeiro. 2004;20(2):534–45.
21. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcellos AGG. Factors associated with breastfeeding in the first hour of life. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(1):69–78.
22. Fuchs SCPC, Victora CG, Fachel J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. *Rev Saúde Pública*. 1996;30(2):168–78.
23. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília - DF, Brasil: Conselho Nacional de Saúde; 2012. p. 12. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
24. Cardoso MD, Ribeiro CMS, Oliveira IB, Andrade PMC, Santos TMB. 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*. 2016;8(4):5017–24.
25. Ostovar R, Mousavizadeh A, Mohamed F, Shahrak G-H, Karimi A. Evaluation of health services provided for women during pregnancy in Yasuj, Iran. *J Appl Sciences*. 2016;11(11):1416–21.
26. D’Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(Suppl 1):154–68.
27. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(3):425–37.
28. Victora CG, Matijasevich A, Silveira M, Santos I, Barros AJ, Barros FC. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. *Health Policy Plan*. 2010;25(4):253–61.
29. Su L, Chong Y, Chan Y, Chan Y, Fok D, Tun K, et al. Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: randomised controlled trial. *BMJ*. 2007;335(7620):596–596.
30. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, editors. *Agir em saúde - um desafio para o público*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 1–63.
31. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*. 2004;46(2):212–9.
32. Salmon P, Drew NC. Multidimensional assessment of women’s experience of childbirth: Relationship to obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric history. *J Psychosom Res*. 1992;36(4):317–27.
33. Clement S, Sikorski J, Wilson J, Das S, Smeeton N. Women’s satisfaction with traditional and reduced antenatal visit schedules. *Midwifery*. 1996;12(3):120–8.
34. Ivanov LL, Flynn BC. Utilization and satisfaction with prenatal care services. *West J Nurs Res*. 1999;21(3):372–86.
35. Cesar JA, Sutil AT, Santos GB, Cunha CF, Mendoza-Sassi RA. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(11):2106–14.
36. Wen J, Schulman KA. Can team-based care improve patient satisfaction? A systematic

- review of randomized controlled trials. PLoS One. 2014;9(7):1–9.
37. Turnbull D, Holmes A, Shields N, Cheyne H, Twaddle S, Gilmour WH, et al. Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care. *Lancet*. 1996;348(9022):213–8.
  38. Galle A, Van Parys A-S, Roelens K, Keygnaert I. Expectations and satisfaction with antenatal care among pregnant women with a focus on vulnerable groups: a descriptive study in Ghent. *BMC Womens Health*. 2015;15:112.
  39. Queiroz MVO, Jorge MSB, Marques JF, Cavalcante AM, Moreira KDAP. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. *Texto Context - Enferm*. 2007;16(3):479–87.

**Figura 1:** Modelo hierárquico dos fatores associados à satisfação das mulheres com a atenção pré-natal em Porto Alegre, RS, em 2015-2016.



**Fonte:** Elaborada pelos autores



**Tabela 1:** Análise de características sociodemográficas, antecedentes obstétricos e cuidado no pré-natal de acordo com a satisfação das mulheres de Porto Alegre, 2015-2016.

Fatores	Amostra n(%)		Plena satisfação n(%)	
	n=287	Sim n=133 (46,3%)	Não n=154 (53,7%)	
<b>Distais: sociodemográficos</b>				
<b>Idade (anos)</b>				
Média + DP	29,1 (6,6)	30,3 (6,6)	28,0 (6,4)	
≤ 19 anos	23 (8,0)	8 (6,0)	15 (9,7)	
20-34 anos	199 (69,3)	84 (63,2)	115 (74,7)	
≥35 anos	65 (22,6)	41 (30,8)	24 (15,6)	
<b>Cor da pele</b>				
Branca	216 (75,3)	108 (81,2)	108 (70,1)	
Preta ou parda	71 (24,7)	25 (18,8)	46 (29,9)	
<b>Nível socioeconômico*</b>				
A – B	163 (57,2)	93 (70,5)	70 (45,8)	
C - D – E	122 (42,8)	39 (29,5)	83 (54,2)	
<b>Escolaridade</b>				
Fundamental incompleto	31 (10,8)	9 (6,8)	22 (14,3)	
Fundamental completo	52 (18,1)	18 (13,5)	34 (22,1)	
Médio completo	104 (36,2)	42 (31,6)	62 (40,3)	
Superior completo	100 (34,8)	64 (48,1)	36 (23,4)	
<b>Estado civil*</b>				
Com companheiro	188 (65,7)	100 (75,8)	88 (57,1)	
<b>Intermediários: antecedentes obstétricos</b>				
<b>Gestação prévia</b>				
Sim	163 (56,8)	69 (51,9)	94 (61,0)	
<b>Gestação planejada</b>				
Sim	154 (53,7)	83 (62,4)	71 (46,1)	
<b>Proximais: atenção pré-natal</b>				
<b>Tipo de serviço</b>				
Público	147 (51,2)	50 (37,6)	97 (63,0)	
Privado ou misto	140 (48,8)	83 (62,4)	57 (37,0)	
<b>Idade Gestacional de início*</b>				
≤ 6 semanas**	102 (36,4)	58 (45,0)	44 (29,1)	
7 semanas ou mais	178 (63,6)	71 (55,0)	107 (70,9)	
<b>Número de consultas*</b>				
≤ 7 consultas**	46 (16,3)	13 (10,0)	33 (21,7)	
8 ou mais	236 (83,7)	117 (90,0)	119 (78,3)	
<b>Atendimento multiprofissional *</b>				
Sim	62 (21,7)	43 (32,3)	19 (12,4)	
<b>Buscou informações</b>				
Sim	221 (77,0)	109 (82,0)	112 (72,7)	
<b>Acompanhante de sua escolha</b>				
Sim, ao menos em uma consulta	218 (76,0)	115 (86,5)	103 (66,9)	
<b>Informada sobre seus direitos*</b>				
Sim, plenamente	152 (53,9)	80 (61,5)	72 (47,4)	
<b>Informada sobre local do parto*</b>				
Sim	194 (67,8)	105 (78,9)	89 (58,2)	
<b>Informada sobre aleitamento*</b>				
Sim, plenamente	88 (30,9)	55 (42,0)	33 (21,4)	
Não ou parcialmente	197 (69,1)	76 (58,0)	121 (78,6)	
<b>Participou de grupo/course de gestante</b>				
Sim	52 (18,1)	27 (20,3)	25 (16,2)	
<b>Informada sobre plano de parto*</b>				
Sim	37 (13,2)	23 (17,7)	14 (9,3)	
<b>Sentiu-se à vontade para perguntar</b>				
Sim, plenamente	241 (84,0)	130 (97,7)	111 (72,1)	
Não ou parcialmente	46 (16,0)	3 (2,3)	43 (27,9)	

\* N diferente de 287 devido a dados faltantes \*\* Pontos de corte diferem das recomendações do MS devido a concentração de mulheres que realizaram a primeira consulta até a 12ª semana de gestação (82,5%) e que realizaram 6 ou + consultas (94,3%)

**Tabela 2:** Análise multivariável dos fatores associados com a satisfação das mulheres com o cuidado no pré-natal, segundo modelo hierárquico, em Porto Alegre, 2015-2016.

Fatores	Plena Satisfação n (%)	RP <sub>B</sub> (IC 95%)	P-valor	RP <sub>A</sub> * (IC 95%)	P-valor	RP <sub>A</sub> ** (IC 95%)	P-valor
<b>Distais</b>							
<b>Idade (anos)</b>							
Média + DP	30,3 (6,6)	1,03 (1,01-1,05)	0,004	1,00 (0,97-1,02)	0,970		
<b>Cor da pele</b>							
Branca	108 (50,0)	1,42 (1,01-2,00)	0,045	1,09 (0,77-1,55)	0,596		
Preta ou parda	25 (35,2)	1,00		1,00			
<b>Nível socioeconômico</b>							
A – B	93 (57,1)	1,78 (1,33-2,39)	<0,001	1,25 (0,87-1,82)	0,220		
C - D – E	39 (32,0)	1,00		1,00			
<b>Escolaridade</b>							
Superior	78 (62,9)	1,86 (1,44-2,40)	<0,001	<b>1,49 (1,08-2,06)</b>	<b>0,015</b>	<b>1,69 (1,30-2,21)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Fundamental e médio	55 (33,7)	1,00		1,00			
<b>Estado civil</b>							
Com companheiro	100 (53,2)	1,63 (1,19-2,23)	0,002	1,31 (0,92-1,86)	0,130	1,34 (0,96-1,87)	0,078
Sem companheiro	32 (32,7)	1,00		1,00			
<b>Intermediárias: Antecedentes Obstétricos</b>							
<b>Gestação prévia</b>							
Sim	69 (42,3)	0,82 (0,64-1,05)	0,116	0,90 (0,71-1,15)	0,418		
Não	64 (51,6)	1,00		1,00			
<b>Gestação planejada</b>							
Sim	83 (53,9)	1,43 (1,10-1,86)	0,007	1,16 (0,88-1,53)	0,283		
Não	50 (37,6)	1,00		1,00			
<b>Proximais: Atenção Pré-Natal</b>							
<b>Tipo de serviço</b>							
Público	50 (34,0)	0,57 (0,44-0,74)	<0,001	1,02 (0,72-1,45)	0,904		
Privado ou misto	83 (59,3)	1,00		1,00			
<b>Idade Gestacional</b>							
≤ 6 semanas	58 (56,9)	1,42 (1,11-1,82)	0,005	1,05 (0,83-1,34)	0,649		
7 semanas ou mais	71 (39,9)	1,00		1,00			
<b>Número de consultas</b>							
8 ou mais	117 (49,6)	1,75 (1,09-2,83)	0,021	1,12 (0,69-1,82)	0,643		
≤ 7 consultas	13 (28,3)	1,00		1,00			
<b>Atendimento multiprofissional</b>							
Sim	43 (69,4)	1,72 (1,37-2,17)	<0,001	<b>1,29 (1,00-1,66)</b>	<b>0,049</b>	<b>1,30 (1,02-1,65)</b>	<b>0,032</b>
Não	90 (40,2)	1,00		1,00			
<b>Buscou informações</b>							
Sim	109 (49,3)	1,35 (0,96-1,91)	0,084	1,27 (0,87-1,85)	0,201		
Não	24 (36,4)	1,00		1,00			
<b>Acompanhante de sua escolha</b>							
Sim	115 (52,8)	2,02 (1,33-3,06)	0,001	1,37 (0,89-2,10)	0,143		
Não	18 (26,1)	1,00		1,00			
<b>Informada sobre direitos</b>							
Sim, plenamente	80 (52,6)	1,36 (1,05-1,78)	0,020	1,07 (0,83-1,39)	0,577		
Não	50 (38,5)	1,00		1,00			
<b>Informada sobre local do parto</b>							
Sim	105 (54,1)	1,78 (1,27-2,48)	0,001	<b>1,56 (1,12-2,17)</b>	<b>0,008</b>	<b>1,50 (1,09-2,05)</b>	<b>0,011</b>
Não	28 (30,4)	1,00		1,00			
<b>Informada sobre aleitamento</b>							
Sim, plenamente	55 (62,5)	1,62 (1,27-2,04)	<0,001	<b>1,33 (1,05-1,68)</b>	<b>0,017</b>	<b>1,30 (1,04-1,62)</b>	<b>0,019</b>
Não ou parcialmente	76 (38,6)	1,00		1,00			
<b>Informada sobre plano de parto</b>							
Sim	23 (62,2)			0,89 (0,69-1,15)	0,378		
Não	107 (43,9)			1,00			
<b>Sentiu-se a vontade para perguntar</b>							
Sim, plenamente	130 (53,9)	8,29 (2,75-24,85)	<0,001	<b>5,17 (1,79-14,96)</b>	<b>0,002</b>	<b>5,78 (1,97-16,94)</b>	<b>0,001</b>
Não ou parcialmente	3(6,5)	1,00		1,00			

\* Ajustado para fatores do mesmo nível e fatores significativos ( $p < 0,20$ ) dos níveis anteriores

\*\* Ajustado para fatores significativos do mesmo nível ( $p < 0,20$ ) e fatores significativos ( $p < 0,20$ ) dos níveis anteriores

## 5 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência pré-natal, enquanto instrumento capaz de produzir desfechos positivos à saúde materna e infantil tem destaque na literatura nacional. É vasta a gama de pesquisas que envolvem a avaliação da assistência recebida pela gestante e a adequação da mesma às orientações e aos critérios vigentes.

A incontestável evidência científica sobre os benefícios do pré-natal, permeada por uma fragilidade dessa linha de cuidados em garantir, em tempo oportuno, as avaliações e a apropriação pela mulher de saberes e práticas inerentes ao parto e a maternidade, traz à tona a necessidade de melhor entender essa problemática. Nesse cenário, avaliar a assistência pré-natal sob a perspectiva da satisfação da mulher, permite identificar aspectos pouco explorados na literatura nacional e internacional, que interferem diretamente na qualidade da assistência.

Os achados deste estudo evidenciam uma prevalência relativamente baixa (em comparação com outros estudos nacionais) de plena satisfação com a atenção pré-natal. Ao se considerar o direito da mulher em estar plenamente satisfeita com os cuidados recebidos, os serviços de saúde públicos e privados deveriam ter maior preocupação em proporcionar às mulheres uma experiência positiva de gestação.

Boas práticas na assistência pré-natal permanecem pouco difundidas nos cenários estudados. Mesmo com o início precoce do pré-natal e um elevado contingente de gestantes com realização de mais de sete consultas, pouco mais da metade das mulheres se sentiu plenamente informada sobre seus direitos e apenas 31% das mulheres se sentiram plenamente orientadas sobre aleitamento materno. Em relação ao plano de parto, importante ferramenta de empoderamento da mulher frente às decisões que envolvem o parto, apenas 13,2% foram orientadas sobre a sua existência e menor ainda foi o contingente das que o fizeram.

Dentre os fatores associados à plena satisfação com a atenção pré-natal, destaca-se o sentimento da gestante de “estar à vontade para fazer perguntas e participar das decisões sobre seu cuidado”. Mesmo sendo imprescindível em qualquer relação de cuidado entre profissional de saúde e usuário, 16% das mulheres responderam que não se sentiram plenamente à vontade para questionar e participar das decisões.

Nesse contexto, fortalecer a relação entre profissional e gestante é fundamental para qualificar a assistência à mulher no período gravídico. Cabe destacar que relações

profissionais empáticas são construídas a partir da formação em nível acadêmico e devem ser mantidas e fortalecidas pelos gestores dos serviços.

Os achados desta pesquisa fornecem subsídios para qualificar a linha de cuidados à gestante, tanto no que se refere à formação e à educação permanente de profissionais de saúde, quanto na redação de normativas técnico-científicas de assistência no período gravídico-puerperal.

Estudos com delineamento qualitativo que envolvam as subjetividades das mulheres e que busquem entender com maior profundidade as expectativas em relação aos cuidados no pré-natal e a percepção das mesmas acerca da assistência recebida podem ser úteis para melhor compreensão dos aspectos identificados nesta pesquisa.

## ANEXOS

## ANEXO A – APROVAÇÃO PELO CEP (HCPA)

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.288.088

Outros	Lattes_Elsa_Regina_Justo_Giugliani_JU NHO_2015.pdf	07/10/2015 17:26:17	Camila Giugliani	Acelto
Outros	Lattes_Camila_Giugliani_JUNHO_2015. pdf	07/10/2015 17:25:46	Camila Giugliani	Acelto
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_ CEP_1244546_GHCpdf.pdf	07/10/2015 17:21:48	Camila Giugliani	Acelto
Outros	carta_alteracoes_CEP_GHC_290915.do c	07/10/2015 17:20:33	Camila Giugliani	Acelto
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_ CEP_1204288_HMV.pdf	07/10/2015 17:19:16	Camila Giugliani	Acelto
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_ CEP_1175921.pdf	07/10/2015 17:17:48	Camila Giugliani	Acelto
Outros	termo_compromisso_relatorio_GHC.pdf	07/10/2015 17:16:15	Camila Giugliani	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_aprovado_46775115000005327.p df	07/10/2015 17:15:35	Camila Giugliani	Acelto
Outros	relacao_integrantes_GHC.pdf	07/10/2015 17:13:46	Camila Giugliani	Acelto
Outros	carta_anuencia_GHC.jpg	07/10/2015 17:12:58	Camila Giugliani	Acelto
Outros	delegacao_funcoes_HCPA.pdf	07/10/2015 17:12:31	Camila Giugliani	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_HMV_071015.docx	07/10/2015 17:11:47	Camila Giugliani	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GHC_07102015.docx	07/10/2015 17:11:27	Camila Giugliani	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_satisfacao_parto_290915_CEP_ GHC.docx	07/10/2015 17:11:04	Camila Giugliani	Acelto
Outros	carta_aos_CEPs_071015.docx	07/10/2015 17:06:46	Camila Giugliani	Acelto
Folha de Rosto	folha_de_rosto_nova_071015.pdf	07/10/2015 17:05:40	Camila Giugliani	Acelto

**Situação do Parecer:**

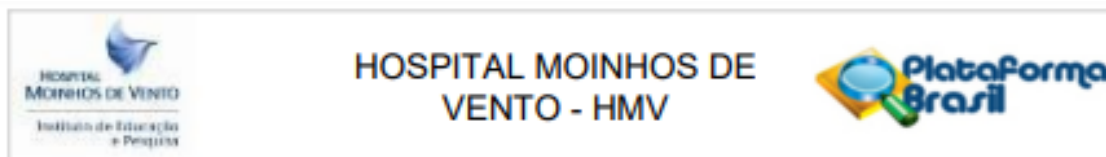
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Born Film **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

## ANEXO B – APROVAÇÃO PELO CEP (HMV)



Continuação do Parecer: 1.204.288

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_513370.pdf	25/06/2015 19:48:22		Aceito
Outros	carta alteracoes CEP 29.07.15.doc	29/07/2015 19:07:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto satisfacao parto alteracoes 29.07.15.docx	29/07/2015 19:07:35		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE rev 29.07.15.docx	29/07/2015 19:09:09		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_513370.pdf	29/07/2015 19:09:31		Aceito
Outros	termo compromisso dados HVM.pdf	31/07/2015 09:50:14		Aceito
Outros	termo responsabilidade HVM.pdf	31/07/2015 09:50:33		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_513370.pdf	31/07/2015 09:51:09		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE aprovado_46775115.0.0000.5327.pdf	04/08/2015 08:59:09		Postado
Outros	Marco Aurélio TelóKen 01_07_2015.pdf	10/08/2015 13:45:35		Postado
Outros	Marcos Wengrover Rosa 02_06_2015.pdf	10/08/2015 13:46:41		Postado

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 27 de Agosto de 2015

Assinado por:  
Sérgio Luis Amantéa  
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 910 - Bloco D  
 Bairro: Floresta CEP: 90.035-001  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3314-3537 E-mail: cep.cep@hmv.org.br

## ANEXO C – TCLE (HCPA)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (HCPA)

Você está sendo convidada para participar de uma pesquisa chamada “Fatores associados à satisfação das mulheres com o atendimento ao seu parto”. Com esta pesquisa, queremos saber, sob o ponto de vista das mulheres, o quanto elas se sentem satisfeitas em relação ao seu último parto e que fatores (como o atendimento no pré-natal e no parto), podem influenciar a sua satisfação. Com essas informações, esperamos poder entender melhor o que faz as mulheres ficarem mais satisfeitas com o seu parto e, com isso, propor melhorias no atendimento.

Farão parte desse estudo mulheres moradoras de Porto Alegre que tiveram partos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre ou Hospital Moinhos de Vento, que aceitem livremente participar da pesquisa, após leitura e assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Se aceitar participar, você irá receber uma pesquisadora em sua casa ou outro local de sua preferência (que não seja o local de atendimento à saúde), em uma data combinada anteriormente, entre 30 a 37 dias após o parto, para responder a um questionário. As perguntas serão sobre o seu pré-natal, parto, pós-parto e sobre como você se sente em relação ao seu parto e aleitamento materno, além de suas condições sociais e econômicas. Alguns dados sobre o seu pré-natal e parto poderão ser coletados do seu cartão de pré-natal ou do seu prontuário na maternidade. Após a primeira entrevista, iremos entrar em contato com você (por telefone ou presencialmente) para obter algumas informações sobre seus sentimentos e sobre o aleitamento materno aos 2, 4, 6, 12 e 24 meses após o parto.

Não haverá riscos para a sua saúde e a do seu bebê, nem custos financeiros pela participação nesta pesquisa, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao questionário. Mas, caso você indique desconforto ou constrangimento, seja pela duração ou conteúdo da entrevista, está assegurada a sua desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao atendimento que você esteja recebendo ou venha a receber na instituição onde ocorreu o parto. Por outro lado, há benefícios associados à sua participação, pois os resultados ajudarão a qualificar o atendimento às mulheres na ocasião do seu acompanhamento pré-natal, parto e pós-parto com a intenção de melhorar a sua satisfação.

Esta pesquisa, coordenada pela Professora Camila Giugliani, é parte de trabalhos de Mestrado e Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (telefone 51 3308-5620) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente (telefone 51 3308-5601), ambos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Para esclarecimento de dúvidas em geral, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, cujo contato está abaixo.

Este projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa de todas as instituições envolvidas. O seu nome não será divulgado, e os dados obtidos a partir do preenchimento do questionário serão utilizados somente para esta pesquisa, sendo destruídos após cinco anos. Em caso de dúvidas sobre questões éticas, entrar em contato com o Comitê de Ética do HCPA, localizado no 2º andar, sala 2227, ou pelo telefone 33597640, de segunda a sexta, das 8h às 17h.

Eu.....(nome da participante ou responsável) fui informada sobre os objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informações sobre a maneira como a pesquisa será realizada. Sei que em qualquer momento poderei pedir novas informações ou desistir da pesquisa, se assim desejar. Fui informada da garantia de que não serei identificada na divulgação dos resultados e que os dados produzidos a partir da minha participação serão usados exclusivamente para fins científicos ligados a essa pesquisa. Declaro que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

---

Assinatura da participante

---

Nome da participante

---

Data

---

Assinatura da pesquisadora

---

Nome da pesquisadora

---

Data

Pesquisadora responsável:

Camila Giugliani

Email: [cgiugliani@hcpa.edu.br](mailto:cgiugliani@hcpa.edu.br)



## ANEXO D – TCLE (HMV)

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (HMV)

Você está sendo convidada para participar de uma pesquisa chamada “Fatores associados à satisfação das mulheres com o atendimento ao seu parto”. Com esta pesquisa, queremos saber, sob o ponto de vista das mulheres, o quanto elas se sentem satisfeitas em relação ao seu último parto e que fatores (como o atendimento no pré-natal e no parto), podem influenciar a sua satisfação. Com essas informações, esperamos poder entender melhor o que faz as mulheres ficarem mais satisfeitas com o seu parto e, com isso, propor melhorias no atendimento.

Farão parte desse estudo mulheres moradoras de Porto Alegre que tiveram partos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre ou Hospital Moinhos de Vento, que aceitem livremente participar da pesquisa, após leitura e assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Se aceitar participar, você irá receber uma pesquisadora em sua casa ou outro local de sua preferência (que não seja o local de atendimento à saúde), em uma data combinada anteriormente, entre 30 a 37 dias após o parto, para responder a um questionário. As perguntas serão sobre o seu pré-natal, parto, pós-parto e sobre como você se sente em relação ao seu parto e aleitamento materno, além de suas condições sociais e econômicas. Alguns dados sobre o seu pré-natal e parto poderão ser coletados do seu cartão de pré-natal ou do seu prontuário na maternidade. Após a primeira entrevista, iremos entrar em contato com você (por telefone ou presencialmente) para obter algumas informações sobre seus sentimentos e sobre o aleitamento materno aos 2, 4, 6, 12 e 24 meses após o parto.

Não haverá riscos para a sua saúde e a do seu bebê, nem custos financeiros pela participação nesta pesquisa, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao questionário. Mas, caso você indique desconforto ou constrangimento, seja pela duração ou conteúdo da entrevista, está assegurada a sua desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao atendimento que você esteja recebendo ou venha a receber na instituição onde ocorreu o parto. Por outro lado, há benefícios associados à sua participação, pois os resultados ajudarão a qualificar o atendimento às mulheres na ocasião do seu acompanhamento pré-natal, parto e pós-parto com a intenção de melhorar a sua satisfação.

Esta pesquisa, coordenada pela Professora Camila Giugliani, é parte de trabalhos de Mestrado e Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (telefone 51 3308-5620) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente (telefone 51 3308-5601), ambos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Para esclarecimento de dúvidas em geral, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, cujo contato está abaixo.

Este projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa de todas as instituições envolvidas. O seu nome não será divulgado, e os dados obtidos a partir do preenchimento do questionário serão utilizados somente para esta pesquisa, sendo destruídos após cinco anos. Em caso de dúvidas sobre questões éticas, entrar em contato com o Comitê de Ética do

Hospital Moinhos de Vento, localizado no Instituto de Educação e Pesquisa (IEP), ou pelo telefone 3314-3990, de segunda a sexta, das 8h às 17h.

Eu.....(nome da participante ou responsável) fui informada sobre os objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informações sobre a maneira como a pesquisa será realizada. Sei que em qualquer momento poderei pedir novas informações ou desistir da pesquisa, se assim desejar. Fui informada da garantia de que não serei identificada na divulgação dos resultados e que os dados produzidos a partir da minha participação serão usados exclusivamente para fins científicos ligados a essa pesquisa. Declaro que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

---

Assinatura da participante

---

Nome da participante

---

Data

---

Assinatura da pesquisadora

---

Nome da pesquisadora

---

Data

Pesquisadora responsável:

Camila Giugliani

Email: [cgiugliani@hcpa.edu.br](mailto:cgiugliani@hcpa.edu.br)

## ANEXO C – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

**“FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO DAS MULHERES COM O ATENDIMENTO  
AO SEU PARTO E COM O ALEITAMENTO MATERNO”**

QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO COMPLETO – Visita Domiciliar

1. Número do questionário: \_\_\_\_\_  
 2. Entrevistador: \_\_\_\_\_  
 3. Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 4. Maternidade: \_\_\_\_\_  
 5. Mãe: \_\_\_\_\_ Bebê: \_\_\_\_\_

1NUQUES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1ENTREV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1DTAENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1MAT	<input type="checkbox"/>			
1MAE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
6. Quantos anos completos você tem? _____ anos	1ANOS <input type="checkbox"/>
7. Qual o seu estado civil? (1) Casada                    (2) Em união estável                    (3) Solteira                    (4) Separada/divorciada (5) Viúva                    (6) Outro: _____	1ESTCIV <input type="checkbox"/>
8. Qual a sua cor? [ <i>autorreferida</i> ] (1) Branca                    (2) Parda                    (3) Preta                    (4) Amarela                    (5) Indígena	1COR <input type="checkbox"/>
9. Quando você engravidou, qual era a sua situação de trabalho? (1) Trabalhando                    (2) Desempregada                    (3) Pensionista                    (4) Encostada (5) Dona de casa                    (6) Estudante                    (7) Outra situação: _____	1ENTRAB <input type="checkbox"/>
10. Qual a sua ocupação? _____	1OCUP _____
11. Quantos anos completos você estudou? _____ (série: _____)	1ANMU <input type="checkbox"/>
12. [ <i>Classifique o grau de escolaridade da mulher</i> ]: (0) Nenhuma escolaridade (analfabeta) (1) Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) incompleto (2) Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) completo (3) Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) incompleto (4) Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) completo (5) Ensino Médio incompleto (6) Ensino Médio completo (7) Ensino Superior incompleto [ <i>especificar</i> ] _____ (8) Ensino Superior completo [ <i>especificar</i> ] _____ (9) Pós-graduação [ <i>especificar</i> ] _____ (77) Não sabe/Não lembra	1ESCMU <input type="checkbox"/>
13. Quantos anos completos o pai da criança estudou? _____ (série: _____) (77) Não sabe/Não lembra	1ANPAI <input type="checkbox"/>
14. [ <i>Classifique o grau de escolaridade do cônjuge ou pai da criança</i> ]: (0) Nenhuma escolaridade (analfabeta) (1) Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) incompleto (2) Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) completo (3) Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) incompleto (4) Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) completo (5) Ensino Médio incompleto (6) Ensino Médio completo (7) Ensino Superior incompleto [ <i>especificar</i> ] _____ (8) Ensino Superior completo [ <i>especificar</i> ] _____ (9) Pós-graduação. [ <i>especificar</i> ] _____	1ESCPAI <input type="checkbox"/>

(77) Não sabe/não lembra	
15. Quantos anos completos o/a chefe da família estudou? <i>[Considerar como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio]</i> ____ (77) Não sabe/Não lembra (série: ____)	1ANCHEF <input type="checkbox"/>
16. <i>[Classifique o grau de escolaridade do/a chefe da família]:</i> (0) Nenhuma escolaridade (analfabeta) (1) Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) incompleto (2) Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) completo (3) Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) incompleto (4) Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) completo (5) Ensino Médio incompleto (6) Ensino Médio completo (7) Ensino Superior incompleto <i>[especificar]</i> _____ (8) Ensino Superior completo <i>[especificar]</i> _____ (9) Pós-graduação <i>[especificar]</i> _____ (77) Não sabe/ não lembra	1ESCHEF <input type="checkbox"/>
17. Quantas pessoas moram na sua casa (incluindo você e o bebê)? ____ pessoas	1NUMPE <input type="checkbox"/>
Você mora com:	
18. Companheiro? (1) Sim (2) Não (3) Parte do tempo	1VIVCOM <input type="checkbox"/>
19. Sua mãe? (1) Sim (2) Não (3) Parte do tempo	1MORMA <input type="checkbox"/>
20. Sua sogra? (1) Sim (2) Não (3) Parte do tempo	1MORSO <input type="checkbox"/>
21. Mais alguma outra pessoas (1) Sim, Especificar: _____ (2) Não	1MORALG <input type="checkbox"/>
22. Em companhia de outros filhos? (00) Não ( ) Sim. (88) NSA	1MORF <input type="checkbox"/>

INFORMAÇÕES DE SAÚDE DA MULHER	
23. Você própria nasceu de que tipo de parto? (1) Parto normal/vaginal (2) Cesariana (3) Não sei/não lembro	1MUPAR <input type="checkbox"/>
24. Você fuma ou fumou? (1) Sim, ainda fumo (2) Sim, mas parei antes da gestação (3) Sim, mas parei na gestação (4) Sim, mas parei depois do parto (5) Não	1FUMO <input type="checkbox"/>
25. Como é seu hábito de consumo de bebida alcoólica fora dos períodos especiais de gestação e amamentação? (1) Nunca consumo (2) Consumo ocasionalmente, em eventos sociais (até 2 x/semana) (3) Consumo frequentemente (3x/semana ou mais)	1ALCOOL <input type="checkbox"/>
26. Você tem algum problema crônico de saúde? Sim <i>[especificar]</i> : _____ (2) Não	1PROBCR <input type="checkbox"/>
27. Você tem ou teve algum problema de saúde mental? <i>[perguntar por problema psicológico ou psiquiátrico]</i> (1) Sim, ainda tenho <i>[especificar]</i> _____ (2) Sim, mas não tenho atualmente <i>[especificar]</i> : _____ (3) Não	1SAMEN <input type="checkbox"/>
28. Você faz ou fez uso de medicação psicoativa? (1) Sim, ainda uso <i>[especificar]</i> : _____ (2) Sim, mas não uso atualmente <i>[especificar]</i> : _____ (3) Não (4) Não sei	1MEPS <input type="checkbox"/>
29. Quantas gestações você já teve (incluindo a última)? ____	1NUGEST <input type="checkbox"/>

<i>[Se teve só a "gestação atual", pular para pergunta "37"].</i>		
30. Você teve algum aborto(s)? <i>[anotar o número de abortos no parênteses correspondente ao "Sim"]</i> ( ) Sim (00) Não (88) NSA		1NUABO <input type="text"/>
31. Quantos partos você já teve (incluindo o último)? ____ (88) NSA		1NUPAR <input type="text"/>
32. Teve algum filho que nasceu morto? <i>[anotar o número de natimortos no parênteses correspondente ao "Sim"]</i> ( ) Sim (00) Não (88) NSA		1FM <input type="text"/>
33. Teve algum filho falecido nos primeiros 30 dias de vida? <i>[anotar o número de filhos falecidos no parênteses correspondente ao "Sim"]</i> ( ) Sim (00) Não (88) NSA		1NEOMO <input type="text"/>
34. Qual foi o intervalo entre os partos? <i>[Se múltiplos partos, considerar o último intervalo]:</i> ____ meses (88) NSA		1INTPA <input type="text"/>
35. Você teve algum parto normal/vaginal, antes do "nome do bebê"? <i>[anotar o número de partos vaginais no parênteses correspondente ao "Sim"]</i> ( ) Sim (00) Não (88) NSA		1PVAG <input type="text"/>
36. Teve algum parto cesárea, antes do "nome da criança"? <i>[anotar o número de cesarianas no parênteses correspondente ao "Sim"]</i> ( ) Sim (00) Não (88) NSA		1PCES <input type="text"/>
<b>INFORMAÇÕES SOBRE A ÚLTIMA GESTAÇÃO E ATENÇÃO PRÉ-NATAL</b>		
37. A gestação foi planejada? (1) Sim (2) Não		1GESTPL <input type="text"/>
38. Você fez acompanhamento pré-natal? (1) Sim (2) Não		1PREN <input type="text"/>
<i>[Se a resposta foi "Não", pule para a questão "46"]</i>		
39. Onde fez acompanhamento pré-natal? (1) Sistema Público (Posto de saúde ou Hospital) (2) Sistema Privado ou Plano de Saúde (3) Ambos (Público + privado) (4) Outros, especificar: _____ (8) NSA		1ONDPRE <input type="text"/>
40. Qual foi a idade gestacional na primeira consulta? <i>[sempre que possível, checar a carteirinha da gestante]</i> ____ semanas (77) Não lembro/Não sei (88) NSA		1IGPRCO <input type="text"/>
41. A quantas consultas de pré-natal você compareceu? <i>[sempre que possível, checar a carteirinha da gestante]</i> ____ consultas (77) Não lembro/Não sei (88) NSA		1NUCONS <input type="text"/>
Durante a gestação você foi atendida por:		
42. Médico geral ou de família: (1) Sim (2) Não (3) Não sei (8) NSA		1ATMFA <input type="text"/>
43. Médico ginecologista-obstetra: (1) Sim (2) Não (3) Não sei (8) NSA		1ATMGI <input type="text"/>
44. Enfermeiro: (1) Sim (2) Não (3) Não sei (8) NSA		1ATENF <input type="text"/>
45. Outro: (1) Sim <i>[especificar]:</i> _____ (2) Não (3) Não sei (8) NSA		1ATOUT <input type="text"/>
46. Você recebeu visita domiciliar do agente comunitário de saúde ou de outro profissional de saúde durante a gestação? <i>[anotar o número de visitas no parênteses correspondente ao "Sim"]</i> ( ) Sim (00) Não (77) Não lembro/Não sei		1AGSAGE <input type="text"/>
<i>[Se a resposta foi "Não", pular para a pergunta "48"]</i>		
47. Na ocorrência de faltas às consultas ou não ter iniciado o pré-natal, algum profissional de saúde veio até a sua casa ou telefonou para procurar saber o que aconteceu? (1) Sim (2) Não (3) Não lembro/Não sei (8) NSA		1BUSCA <input type="text"/>

48. Você participou de grupo de gestantes? [anotar o número de vezes que compareceu no parênteses correspondente ao "Sim"] ( ) Sim (00) Não (77) Não lembro/Não sei	1GRUGEST <input type="checkbox"/>
49. Você participou de curso para gestantes? [anotar o número de vezes que compareceu no parênteses correspondente ao "Sim"] ( ) Sim (00) Não (77) Não lembro/Não sei	1CURGEST <input type="checkbox"/>
50. Você recebeu informações de profissional de saúde sobre seus direitos como gestante e na hora do parto, como, por exemplo, do direito a ter um acompanhante da sua escolha? (1) Sim, o suficiente (2) Sim, mas gostaria de ter tido mais (3) Não (4) Não sei/ Não lembro	1INFDIR <input type="checkbox"/>
51. Algum profissional de saúde falou com você sobre o local onde você iria ter o parto? (1) Sim, o suficiente (2) Sim, mas gostaria de ter tido mais informação (3) Não (4) Não lembro	1INFLOC <input type="checkbox"/>
52. Você recebeu orientações de algum profissional de saúde sobre amamentação durante o pré-natal? [ler as opções de respostas] (1) Sim, bastante (o suficiente) (2) Sim, mais ou menos (3) Sim, pouca (4) Não (5) Não lembro/ Não sei	1ORAMA <input type="checkbox"/>
53. Você buscou informações sobre gestação, parto e amamentação em outras fontes, exceto profissionais de saúde (internet, livros, amigos/as, familiares, grupos de apoio)? (1) Sim [especificar]: _____ (2) Não (3) Não lembro/ Não sei	1INFOUT <input type="checkbox"/>
54. Você visitou a maternidade em que ganhou o "nome do bebê" antes do parto? (1) Sim, agendada pelo profissional ou serviço de saúde do pré-natal (2) Sim, por conta própria (3) Não	1VIMAT <input type="checkbox"/>
55. Algum profissional de saúde lhe falou sobre "plano de parto" durante o pré-natal? (1) Sim (2) Não (3) Não lembro/Não sei	1PROPLA <input type="checkbox"/>
56. Você fez seu "plano de parto"? (1) Sim, com ajuda/incentivo de profissional /doula (2) Sim, sem ajuda/incentivo de profissional/doula (3) Não	1PLAPAR <input type="checkbox"/>
57. Você teve acompanhamento do parceiro ou de outra pessoa de sua escolha nas consultas pré-natais? (1) Sim, sempre (2) Sim, em algumas consultas (3) Não, por impossibilidade do acompanhante (4) Não, por não ter sido permitido pela equipe de saúde (5) Não lembro/Não sei	1ACOPRE <input type="checkbox"/>
58. Você se sentiu à vontade para fazer perguntas, esclarecer dúvidas e participar das decisões durante as consultas de pré-natal? [ler as opções de respostas] (1) Sim, totalmente (2) Mais ou menos (3) Não (4) Não sei /Não lembro (8) NSA	1PERPRE <input type="checkbox"/>
59. No início da gestação, que tipo de parto você desejava ter? (1) Parto normal/vaginal Motivo: _____ (2) Cesárea Motivo: _____ (3) Não tinha preferência (4) Não tinha pensado sobre isso (5) Não lembro/ Não sei	1INGEST <input type="checkbox"/>
60. Ao longo do pré-natal, a sua vontade em relação ao tipo de parto mudou? (1) Sim, passei a desejar um parto normal (2) Sim, passei a desejar uma cesárea (3) Sim, passei a acreditar que a decisão não era minha, mas dos profissionais (4) Sim, outra situação [especificar]: _____	1PREPAR <input type="checkbox"/>

