

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

Marina Stark Rezende de Paula

ASSISTÊNCIA AO PARTO: ESTUDO DA SATISFAÇÃO DE MULHERES
ATENDIDAS EM HOSPITAIS CREDENCIADOS AO SUS

UBERABA

2016

Marina Stark Rezende de Paula

ASSISTÊNCIA AO PARTO: ESTUDO DA SATISFAÇÃO DE MULHERES
ATENDIDAS EM HOSPITAIS CREDENCIADOS AO SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

Mestranda: Marina Stark Rezende de Paula

Orientadora: Prof. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões

Linha de Pesquisa: O trabalho na saúde e na Enfermagem

UBERABA

2016

Marina Stark Rezende de Paula

ASSISTÊNCIA AO PARTO: ESTUDO DA SATISFAÇÃO DE MULHERES
ATENDIDAS EM HOSPITAIS CREDENCIADOS AO SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

25 de Agosto de 2016

Banca Examinadora

Profª Drª Ana Lúcia de Assis Simões

Profª Drª Sueli Riul da Silva

Profª Drª Ana Maria Laus

Dedico este trabalho aos dois homens da minha vida: Meu pai, Luiz Augusto e meu irmão, Daniel, pelo amor incondicional e paciência frente ao desafio da continuidade da formação acadêmica. Dedico especialmente àquela que ocupou o cargo de maior incentivadora, exemplo de docência, exemplo de ser humano e melhor mãe do mundo... Mãe, hoje a senhora não está mais presente fisicamente, porém permanece viva em nossas lembranças e pensamentos, como uma luz a nos guiar.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, nosso pai maior, pela vida e por proporcionar as condições necessárias para evoluir na formação pessoal e profissional.

Aos meus pais, Luiz Augusto e Marilda (*in memoriam*) pela oportunidade concedida a mim através de seus esforços, para que eu me dedicasse aos estudos e por incentivarem meus sonhos.

Pai, o senhor me ensinou que o valor das conquistas deve ser compartilhado e que quando alcançamos nossos objetivos com nosso próprio esforço, é ainda mais gratificante a conquista. Obrigada pelo incentivo.

Mãe, sua partida inesperada se deu em meio à construção deste trabalho tão incentivado e motivo de orgulho quando se referia a mim. Você foi e sempre será minha inspiração de perseverança, caráter, valores, amor, dedicação e disciplina. Obrigada por ter sido a maior incentivadora e melhor mãe que pude ter nessa jornada de convivência física tão breve. Obrigada Deus, pela oportunidade de conviver e aprender tanto com um ser humano tão especial e ter a oportunidade de tê-la chamado de Mãe.

Ao meu irmão Daniel, por seu carinho, companheirismo, amizade e amor fraternal. Obrigada pelos momentos de desabafo, por confiar em mim mesmo quando nem eu mesma confiava que seria capaz. Você é meu exemplo.

A todos os meus familiares, que estiveram presentes em maior ou menor intensidade, me auxiliando e incentivando a seguir em frente com este trabalho quando as adversidades da vida foram tamanhas que me levaram a pensar em desistir. Obrigada pelo amor e dedicação sempre dedicados a mim. Serei sempre grata por isso.

Aos meus mestres de toda jornada acadêmica, desde a pré-escola até a Universidade e Pós Graduação: obrigada por ser o exemplo de carinho e amor profissional, pela dedicação em ensinar e se tornar referência em minha vida.

À minha querida orientadora, professora Dr^a Ana Lúcia de Assis Simões, por seu tempo dedicado a me orientar na construção deste trabalho, pela paciência e carinho em todas as ocasiões, mesmo nos momentos mais difíceis e tristes. Obrigada pelo carinho e conhecimentos compartilhados.

À Prof^a. Dr^a Maria Beatriz, muito obrigada por toda a parceria, paciência, companheirismo e disposição em dedicar parte de seu tempo para me ajudar na construção desse trabalho, que, sem você, não teria sido possível.

Ao professor Vanderlei, pela paciência e disponibilidade em ajudar, compartilhando seus conhecimentos e motivando com palavras de incentivo.

Ao Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde, da gloriosa UFTM, incluindo todos os seus funcionários, docentes e discentes pelos dias de convivência, apoio e crescimento conjunto. Obrigada turma querida! Vocês ficarão pra sempre em minha lembrança com muito carinho.

Ao Hospital de Clínicas e Ambulatório Maria da Glória, seus responsáveis e funcionários, fundamentais no sucesso da coleta de dados.

Ao Mário Palmério Hospital Universitário e sua equipe sempre prestativa, por possibilitar a coleta dos dados, tão importantes para o enriquecimento deste trabalho.

Aos amigos do Hospital São Marcos, que presenciaram o início desta jornada, quando ainda enfermeira iniciei o processo de seleção e tive tanto apoio e torcida.

À UNIMED Uberaba, empresa em que trabalho e me refiro com tanto orgulho: obrigada a todos pelo apoio e confiança em mim dedicados em todos os momentos desta trajetória.

Aos amigos Dr. Emerson Milhorin, Dr. André Luis Barbosa e Dr. Paulo Guilherme de Faria Canassa, pela amizade e pela ajuda em me manter de pé nos momentos mais difíceis.

A todos os meus amigos, meus sinceros agradecimentos pela amizade, apoio, torcida e carinho. Aqueles que mesmo a quilômetros de distância torceram por mim e os que vivenciaram comigo bem de perto a expectativa e ansiedade pela conclusão desta etapa, muito obrigada!

Ao Lucas, meu namorado e amigo, pelo companheirismo e compreensão, por ter me dado as mãos, me fazendo retomar o foco nos objetivos com tanto carinho.

E por fim, porém não menos importante, Priscila, minha amiga tão querida que tantos planos fez comigo para quando este momento chegasse: obrigada por sempre estar do meu lado fisicamente e de maneira tão especial enquanto pôde. Sua presença não é mais física neste mundo, mas o seu incentivo e certeza de que eu era capaz de realizar sonhos tornou possível a conquista de hoje. Obrigada!

"As provas têm por fim exercitar a inteligência, tanto quanto a paciência e a resignação".

(O Evangelho segundo o Espiritismo, cap. V.)

RESUMO

DE PAULA, Marina Stark Rezende. Assistência ao parto: estudo da satisfação de mulheres atendidas em hospitais credenciados ao SUS. 2016. 115f. Dissertação Mestrado em Atenção à Saúde. – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2016.

A opinião dos clientes ou usuários quanto aos serviços vem sendo cada dia mais valorizada. No âmbito da saúde, estratégias primariamente utilizadas no cenário administrativo foram adaptadas à utilização para a realidade dos serviços de saúde buscando conhecer o perfil dos usuários e proporcionar melhorias quanto à assistência. O primeiro grande passo para melhoria do cuidado à saúde da mulher foi dado através da implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, conseqüentemente, outras atividades vieram em seguida, na tentativa de abarcar maior população e atingir metas de melhoria dos indicadores de satisfação da população usuária. Este trabalho teve como objetivo avaliar a satisfação de mulheres atendidas nos hospitais de ensino credenciados ao Sistema Único de Saúde situados no município de Uberaba, Minas Gerais, com relação à assistência recebida durante o parto. Trata-se de um estudo do tipo observacional, longitudinal, prospectivo, de abordagem quantitativa realizado com 102 mulheres em dois hospitais que realizam serviços de pré-natal e de assistência ao parto, no âmbito hospitalar público, vinculados ao SUS. Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. A coleta de dados foi realizada de julho a outubro de 2015, em duas ocasiões, primeiramente, no pré-natal e, em um segundo momento, no pós-parto, ainda durante a internação hospitalar. Foram aplicados dois instrumentos, a escala *service quality*, traduzida e validada para português, e outro instrumento contemplando variáveis sociodemográficas e obstétricas da população de estudo. A análise se deu por meio do emprego do *software* SPSS e os dados submetidos a análises exploratórias através de distribuição de frequências e percentuais para variáveis qualitativas, sendo utilizadas medidas descritivas de centralidade (média, mediana e posto médio) e de dispersão (desvio padrão, valor máximo e valor mínimo) para variáveis quantitativas. O cálculo para aferição de satisfação ou insatisfação foi obtido pela diferença entre percepções e expectativas. Para a comparação entre expectativas e percepções adotou-se o teste T pareado nos casos de não normalidade. A análise

bivariada de variáveis quantitativas observando como desfecho o escore de satisfação utilizou a correlação de Pearson. Os resultados evidenciaram que a expectativa geral das participantes com relação ao atendimento hospitalar durante o parto obteve média igual a 6,89, denotando alta expectativa. A maior expectativa geral foi direcionada ao domínio segurança enquanto a menor expectativa correspondeu à dimensão tangibilidade. A percepção referida pelas mulheres participantes do estudo quanto ao atendimento recebido durante o parto, obteve escore médio de 6,70, também considerado elevado, porém inferior às expectativas. A melhor percepção foi referente à segurança e o domínio com a pior percepção foi caracterizado pela responsividade. A aferição da satisfação revelou que foi possível detectar pequena insatisfação com o atendimento vivenciado através da obtenção de escores de percepção inferiores aos correspondentes às expectativas. Influenciaram significativamente sobre a expectativa as variáveis idade, parto cesariana, parto normal, aborto espontâneo e quantidade de consultas pré-natal. No campo das percepções, as variáveis parto cesariana, parto normal, aborto espontâneo, grau de escolaridade, anos de estudo, renda e quantidade de consultas pré-natal influenciaram significativamente no desfecho. A conclusão deste estudo possibilitou retratar a atenção hospitalar obstétrica pública no município estudado, favorecendo o horizonte de modificações direcionadas a melhorias contínuas na assistência ao parto.

Palavras chave: Satisfação do Paciente. Parto. Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

DE PAULA, Marina Stark Rezende. Parturition assistance: study of satisfaction of women attending hospitals accredited by SUS. 2016. 115f. Dissertation. Master's degree in health attention – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2016.

The opinion of clients and users about health services has been felt more valued nowadays. In this area, strategies were used in the administrative background which were primarily adapted according to the health care satisfaction, in order to develop the profile of the users and provide assistance improvements. The first step towards the improvement of women's health care was given through the introduction of the PAISM. As a result, other activities came afterwards, in an attempt to reach a larger number of people and achieve goals such as improvement of users's satisfaction indicators. The objective of this case study was to evaluate the level of satisfaction of the assistance which women, who were treated in the Teaching Hospitals sponsored by the Health Unic System (SUS) in the town of Uberaba, Minas Gerais, received during childbirth. It's a kind of observational, longitudinal, prospective, quantitative approach study conducted on 102 women in two hospitals which offer prenatal services and delivery assistance, in the public hospital environment. This research was approved by the Ethics Committee in Research of the Universidade Federal do Triângulo Mineiro. The data collection happened twice from July to October, 2015. Firstly during the prenatal, and secondly postpartum, while both, mother and child, were still in the hospital. Two methods were applied: the Servqual scale, translated and validated to the Portuguese language, and the social-demographic and obstetrics variables of the population study. The analysis was obtained through the use of the SPSS software and the data was submitted to exploratory analysis, through the frequency and percentage distribution to qualitative variables, using descriptive statistics measurements of central tendency (mean, median, and mode) and of dispersion (variance, standart deviation, and interquartile range) for quantitative variables. The calculus to measure the satisfaction or dissatisfaction was obtained through the difference between perceptions and expectations. The paired t-test was used to compare between expectations and perceptions in the cases of non-normality. An outcome of the satisfaction score which used the Pearson correlation

was observed through the bivariate analysis of quantitative variables. The results showed that the general expectation of the participants regarding the hospital care during childbirth, which obtained the average of 6.89 was high. The greatest expectation was directed to the security domain while the lowest one matched the tangibility spectrum. The perception that was referred by the women in the study about the care received during the delivery obtained the average score of 6.70, which was considered high, but lower than the expectations. The best perception referred to security and the worst perceptual domain was characterized by responsiveness. The measurement of satisfaction revealed that a small dissatisfaction with the experienced care was possible to be detected, which was obtained by lower perceptual scores than the ones expected. The variables: age, C-section, normal delivery, miscarriage and amount of prenatal doctor's appointments influenced the expectations significantly. In the field of perception, the variables: C-section, normal delivery, miscarriage, degree of Education, number of years of education, income, and amount of prenatal appointments also influenced the study case outcome. The conclusion of this study made it possible to show the obstetric public hospital care in the chosen town, upgrading straight modifications to continuous improvements in childbirth care.

Keywords: Patient Satisfaction. Parturition. Quality of Health Care.

Resumen

DE PAULA, Marina Stark Rezende. Asistencia al parto: estudio de la satisfacción de mujeres atendidas en hospitales acreditados al SUS. 2016. 115f. Disertación. Maestría en Atención a la Salud – Universidad Federal del Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2016.

La opinión de los clientes o usuarios cuanto a los servicios viene siendo cada día mas valorizada. En el ámbito de la salud, estrategias primariamente utilizadas en el escenario administrativo fueron adaptadas a la utilización para a realidad de los servicios de salud buscando conocer el perfil de los usuarios y proporcionar mejoras cuanto a la asistencia. El primero grande paso para mejoría del cuidado a la salud de la mujer fue dado través de la implantación del Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer, consecuentemente, otras actividades vinieron en seguida, en la tentativa de abarcar mayor población y atingir metas de mejoría de los indicadores de satisfacción de la población usuaria. Este trabajo tuvo como objetivo evaluar la satisfacción de mujeres atendidas en los hospitales de enseñanza acreditados junto al Sistema Único de Salud situados en el municipio de Uberaba, Minas Gerais, en relación a la asistencia recibida durante el parto. Se trata de un estudio del tipo observacional, longitudinal, prospectivo, de abordaje cuantitativa realizado con 102 mujeres en dos hospitales que realizan servicios de prenatal y de asistencia al parto, en el ámbito hospitalario público, vinculados al SUS. Esta pesquisa obtuvo aprobación del Comité de Ética en Pesquisa de la Universidad Federal del Triângulo Mineiro. La colecta de datos fue realizada de julio a octubre de 2015, en dos ocasiones, primeramente, en el prenatal y, en un segundo momento, en el pos-parto, aún durante la internación hospitalaria. Fueron aplicados dos instrumentos, la escala *Service Quality*, traducida y validada para portugués, y otro instrumento contemplando variables sociodemográficas y obstétricas de la población de estudio. El analice se dio por medio del empleo del *software* SPSS y los datos sometidos a analices exploratorias través de distribución de frecuencias y porcentuales para variables cualitativas, siendo utilizadas medidas descriptivas de centralidad (media, mediana y puesto medio) y de dispersión (desviación estándar, valor máximo y valor mínimo) para variables cuantitativas. El cálculo para evaluación de satisfacción o

insatisfacción fue obtenido por la diferencia entre percepciones y expectativas. Para la comparación entre expectativas y percepciones se adoptó el teste T pareado en los casos de no normalidad. El análisis bivariado de variables cuantitativas observando como desenlace el score de satisfacción utilizó la correlación de Pearson. Los resultados evidenciaron que la expectativa general de las participantes en relación al atendimento hospitalario durante el parto obtuvo media igual a 6,89, denotando alta expectativa. La mayor expectativa general fue direccionada al dominio seguridad mientras la menor expectativa correspondió a la dimensión tangibilidad. La percepción referida por las mujeres participantes del estudio cuanto al atendimento recibido durante el parto, obtuvo score medio de 6,70, también considerado elevado, pero inferior a las expectativas. La mejor percepción fue referente a la seguridad y el dominio con la peor percepción fue caracterizado por la responsividad. La evaluación de la satisfacción reveló que fue posible detectar pequeña insatisfacción con el atendimento vivenciado través de la obtención de scores de percepción inferiores a los correspondientes a las expectativas. Influenciaron significativamente sobre la expectativa las variables edad, parto cesariana, parto normal, aborto espontaneo y cantidad de consultas prenatal. En el campo de las percepciones, las variables parto cesariana, parto normal, aborto espontaneo, grado de escolaridad, años de estudio, renda y cantidad de consultas prenatal influenciaron significativamente en el desenlace. La conclusión de este estudio posibilitó retratar la atención hospitalaria obstétrica pública en el municipio estudiado, favoreciendo el horizonte de modificaciones direccionadas a la mejoría continua en la asistencia al parto.

Palabras clave: Satisfacción del Paciente. Parto. Calidad de la Atención de Salud.

Lista de siglas

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos

IPA - Análise de importância-desempenho

ODM – Objetivos do Milênio

ONU - Organização das Nações Unidas

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PASS - Power Analysis and Sample Size

PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

PNS - Pesquisa Nacional De Saúde

SERVQUAL – Service Quality

SUS - Sistema Único de Saúde

UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro

UNIUBE - Universidade de Uberaba

Lista de tabelas

Tabela 1 - Características sociodemográficas das participantes da pesquisa. n=102. Uberaba - MG 2015.....	51
Tabela 2 - Distribuição de ocupações exercidas pelas participantes. n=102. Uberaba - MG 2015.....	52
Tabela 3- Características obstétricas das participantes da pesquisa. n=102. Uberaba - MG 2015.....	56
Tabela 4 - Distribuição da frequência de respostas aos itens relacionados à 'expectativa', referentes à dimensão tangibilidade. Uberaba-MG, Brasil, 2015.....	58
Tabela 5 - Distribuição da frequência de respostas aos itens relacionados à 'expectativa', referentes à dimensão confiabilidade. Uberaba-MG, Brasil, 2015.....	58
Tabela 6- Distribuição da frequência de respostas aos itens relacionados à 'expectativa', referentes à dimensão responsividade. Uberaba-MG, Brasil, 2015.....	60
Tabela 7- Distribuição da frequência de respostas aos itens relacionados à 'expectativa', referentes à dimensão segurança. Uberaba-MG, Brasil, 2015.....	61
Tabela 8 - Distribuição da frequência de respostas quanto à avaliação da expectativa das entrevistadas, referente à qualidade geral do atendimento. Uberaba-MG, Brasil, 2015.	62
Tabela 9 - Avaliação da expectativa por domínios. Uberaba-MG, Brasil, 2015.....	62
Tabela 10 - Distribuição da frequência de respostas aos itens relacionados à 'percepção', referentes à dimensão tangibilidade Uberaba-MG, Brasil, 2015.....	63
Tabela 11 - Distribuição da frequência de respostas aos itens relacionados à 'percepção', referentes à dimensão confiabilidade. Uberaba-MG, Brasil, 2015.....	64
Tabela 12 - Distribuição da frequência de respostas aos itens relacionados à 'percepção', referentes à dimensão responsividade. Uberaba-MG, Brasil, 2015.....	65
Tabela 13 - Distribuição da frequência de respostas aos itens relacionados à 'percepção', referentes à dimensão segurança. Uberaba-MG, Brasil, 2015.....	66
Tabela 14 - Distribuição da frequência de respostas quanto à avaliação da 'percepção' das entrevistadas, referente à qualidade geral do atendimento. Uberaba-MG, Brasil, 2015.....	66
Tabela 15 – Avaliação da percepção por domínios. Uberaba-MG, Brasil, 2015.....	67

Tabela 16 – Desempenho dos itens da dimensão tangibilidade da escala Servqual por meio de média, mediana e desvio padrão. Uberaba-MG, Brasil, 2015.....	71
Tabela 17 - Desempenho dos itens da dimensão confiabilidade da escala Servqual por meio de média, mediana e desvio padrão. Uberaba-MG, Brasil, 2015.....	74
Tabela 18 - Desempenho dos itens da dimensão responsividade da escala Servqual por meio de média, mediana e desvio padrão. Uberaba-MG, Brasil, 2015.....	75
Tabela 19 - Desempenho dos itens da dimensão segurança da escala Servqual por meio de média, mediana e desvio padrão. Uberaba-MG, Brasil, 2015.....	80
Tabela 20 - Desempenho do escore geral da escala Servqual por meio de média, mediana e desvio padrão. Uberaba-MG, Brasil, 2015.....	82

SUMÁRIO

SUMÁRIO.....	17
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 CONTEXTO.....	19
1.2 DELIMITANDO O TEMA.....	20
1.3 PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	22
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	23
2.1 QUALIDADE E SATISFAÇÃO	23
2.2 HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	32
2.3 POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS À MULHER	34
3 OBJETIVOS	41
3.1 OBJETIVO GERAL.....	41
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	41
4 PERCURSO METODOLÓGICO	42
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	42
4.2 LOCAL DE ESTUDO	42
4.3 POPULAÇÃO	43
4.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	43
4.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	43
4.4 AMOSTRAGEM.....	43
4.5 COLETA DE DADOS.....	44
4.5.1 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	45
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	46
4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	47
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.....	48
5.2 CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	52
5.3 DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS POR DIMENSÃO DO QUESTIONÁRIO DE EXPECTATIVAS	57
5.4 DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS POR DIMENSÃO DO QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÕES	62
5.5 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS REFERENTES AOS ESCORES E DIMENSÕES DO QUESTIONÁRIO SERVQUAL, ATRAVÉS DE MÉDIA, MEDIANA E DESVIO PADRÃO.	68
5.6 CORRELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS E OS DOMÍNIOS DA ESCALA SERVQUAL	83
6 CONCLUSÃO.....	93

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS.....	99
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES MAIORES DE IDADE	106
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES MENORES DE IDADE	108
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO/OBSTÉTRICO	110
APÊNDICE D – AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS 3.....	111
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS.....	112
ANEXO B - APROVAÇÃO DO PROJETO NO COMITÊ DE ÉTICA.....	113
ANEXO C - ESCALA SERVQUAL EXPECTATIVAS	114
ANEXO D - ESCALA SERVQUAL PERCEPÇÕES.....	115

1 INTRODUÇÃO

A introdução exposta a seguir busca evidenciar o contexto de estudo, expor as evidências e as lacunas pertinentes à investigação, delimitar o problema de estudo e expor os objetivos propostos com a pesquisa.

1.1 CONTEXTO

Durante a trajetória acadêmica da autora, sempre houve afinidade por assuntos voltados à saúde da mulher e gestão dos serviços. A oportunidade de realizar estágios curriculares em ginecologia e obstetrícia, berçário, centro cirúrgico e clínica cirúrgica no curso de Enfermagem na Universidade Federal do Triângulo Mineiro, aproximou a teoria da prática e favoreceu a preferência por tais áreas. O interesse se refletiu no trabalho de conclusão de curso, motivado também pela participação em um projeto de extensão sobre aleitamento materno, originando um trabalho sobre conhecimentos maternos sobre aleitamento materno, que resultou na publicação de um artigo na revista da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, intitulado “Comparação do conhecimento sobre aleitamento materno entre mulheres no período pós-parto”.

Ao exercer profissionalmente a função de enfermeira, o interesse pela área de gestão também foi fortalecido, guiado pela vivência na realidade de hospitais privados, o foco na qualidade se fez presente assim como a necessidade de buscar conhecimentos sobre o assunto. Após a realização de uma pós-graduação em Auditoria em Saúde a autora passou a exercer a função de enfermeira auditora de contas hospitalares em um hospital privado. A vivência da prática da auditoria em enfermagem possibilitou o exercício de reflexões acerca da qualidade dos serviços de saúde um pouco além do aspecto financeiro-quantitativo, com destaque a um fator que muito pouco se discute: a satisfação do usuário frente ao serviço que lhe é ofertado.

Buscando unir duas temáticas de interesse em um único propósito, surgiu a motivação em conhecer quais as expectativas e percepções de mulheres que vivenciam o parto em hospitais credenciados ao Sistema Único de Saúde (SUS), bem como identificar qual a satisfação dessas mulheres referente à experiência do parto no SUS.

1.2 DELIMITANDO O TEMA

Qualidade em saúde vai além de redução de mortalidade, minimizar complicações e desospitalizar, engloba fatores abstratos como, escuta personalizada, acolhimento e humanização. O cliente/paciente, que vivencia o cotidiano dos serviços, projeta nos profissionais que prestam assistência, automática confiança de que os problemas por eles observados são de conhecimento do serviço, não sendo necessário atuar de forma a protagonizar mudanças (BEAULIEU, 2013).

A definição de qualidade para a Organização Mundial de Saúde (OMS) engloba a ocorrência de alto nível de excelência profissional, uso eficiente dos recursos, mínimo risco ao paciente, alto grau de satisfação pelo paciente e impacto final na saúde (OMS, 1981).

Pesquisas vêm sendo desenvolvidas para verificar a realidade dos sistemas de saúde. Particularmente, nesse cenário, pesquisas de resultados são realizadas com o intuito de documentar a eficiência dos serviços, buscando fornecer uma visão geral daquilo que vem sendo oferecido. No início dos anos 70, houve um incentivo para que pesquisas nessa área fossem realizadas, promovidas por organizações de controle dos padrões profissionais. Essa atitude objetivava que este tipo de pesquisa se caracterizasse como reflexo dos resultados da implantação de políticas públicas, atuação de operadoras de saúde e visão da população em geral, tentando buscar justificativas para as práticas envolvendo saúde relacionando custos e benefícios (POLIT, 2011).

A partir das evidências disponíveis na literatura, é cada vez mais valorizada a opinião dos clientes ou usuários quanto aos serviços que recebem. Com o passar do tempo, estratégias primariamente utilizadas no cenário administrativo foram adaptadas à utilização para a realidade dos serviços de saúde.

Atualmente observa-se uma tendência cada vez maior em proporcionar atendimentos de qualidade na área da saúde (MOURA; COSTA; TEIXEIRA, 2010).

No panorama atual, observa-se ainda um crescente movimento direcionado a avaliar o desempenho dos serviços de saúde com o objetivo de melhor planejar e garantir atendimento às reais necessidades das populações (GOUVEIA et al., 2011).

O pano de fundo atual dos sistemas de saúde mostra certo distanciamento entre profissional e usuário, com pouca escuta especializada e o agravante de condições de trabalho que não favorece a prática humanizada do atendimento (SIMÕES et al., 2007a).

Para oferecer assistência de qualidade é necessário que sejam disponibilizadas condições de trabalho e aspectos motivacionais diversos, tanto para pacientes como para profissionais. Quando isso não acontece, serviços de qualidade precária e insatisfação de usuários podem ser percebidos (MOURA; COSTA; TEIXEIRA, 2010).

Para proporcionar uma assistência humanizada e de qualidade, um conjunto de fatores é necessário, desde a organização de rotinas seguras e procedimentos de fato necessários, respeito à paciente em sua totalidade, atuação ética do profissional até a garantia de privacidade e apoio às decisões da mulher (BRASIL, 2006).

Observa-se que a estratégia de valorização da opinião dos usuários constitui-se de importante norteador de ações gerenciais, visto que são frequentes na literatura as citações relacionadas ao fato de que ocorreram mudanças no modo de gerir, que antes se baseava em fatores concretos e financeiros, e hoje prioriza a competitividade e cada vez mais fortemente a satisfação de seus clientes (ODININO; GUIRARDELLO, 2010).

O estudo pretende destacar as evidências disponíveis na literatura quanto à temática de estudo, comparando os achados com as literaturas publicadas nacional e internacionalmente. Busca-se ampliar o universo de conhecimento quanto às expectativas e percepções de mulheres referentes ao parto, contribuindo para a ampliação do conhecimento quanto à temática.

É possível que após a publicação dos resultados, os serviços em avaliação tomem conhecimento de suas fragilidades, atuando de maneira a promover melhorias pautadas em evidências. Assim como identificar pontos susceptíveis de mudanças, este estudo possibilitará evidenciar as potencialidades referentes à assistência ao parto na realidade dos locais de estudo, demonstrando os pontos fortes pertinentes à assistência.

Este trabalho constitui-se de um instrumento de busca de conhecimento das fragilidades encontradas no sistema hospitalar público de saúde destinado às

mulheres, população que se constitui de expressiva parcela de pacientes que utiliza o sistema público de saúde.

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

Diante da realidade em que a mulher se encontra inserida, e dos fatores motivacionais expostos anteriormente, este estudo busca responder ao seguinte questionamento: as mulheres que receberam assistência ao parto nos hospitais credenciados ao SUS ficaram satisfeitas?

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Na revisão bibliográfica a seguir, objetiva-se expor informações de expressiva relevância quanto à temática em estudo, apresentando literaturas consolidadas quanto à temática, bem como apresentar lacunas na área de interesse. Nos trechos a seguir, foi possível dissertar a respeito das temáticas diretamente relacionadas à pesquisa: qualidade e satisfação, humanização nos serviços de saúde e políticas de saúde voltadas à mulher.

2.1 QUALIDADE E SATISFAÇÃO

A definição do termo 'qualidade' permanece em construção para grande parte dos atuantes na área da saúde, pois o termo técnico ainda não pôde ser concretamente definido. Seu significado restringe-se a conceituações genéricas, relacionadas a boas práticas executadas por profissionais, com o objetivo de promover a satisfação do paciente, à medida que o considera como pessoa que deve ser visualizada em sua totalidade (MALIK; SCHIESARI, 1998; SERAPIONI, 2009).

Michaelis (2009) define qualidade como: "atributo, condição natural, propriedade pela qual algo se individualiza, distinguindo-se dos demais; excelência, virtude; talento; conformidade a certo padrão". Considerando a norma NBR ISO 9000, qualidade é o ato de obter a satisfação do cliente atendendo suas necessidades e expectativas, considerando o ambiente que vise o melhoramento contínuo da eficiência e efetividade (ABNT, 2005).

A definição proposta por Moura, Costa e Teixeira (2010) traz que, por qualidade, entende-se o valor atribuído a algo ou a alguma experiência em que foi observado um grau de satisfação, tendo sido alcançada a resolução de um problema vivenciado. Basinsk apud Berwick, Enthoven e Bunker (1992) expõe algumas definições sobre a qualidade, ressaltando caracterizar-se pelo ato de satisfazer as necessidades de um cliente partindo do pressuposto que os usuários dos serviços de saúde possuem expectativas plausíveis e sensíveis quanto aos cuidados de saúde que irão receber.

Avedis Donabedian, médico atuante ativamente na defesa da garantia de qualidade em saúde, afirma que a qualidade resulta de um julgamento referente tanto de componentes técnicos quanto sobre as relações estabelecidas entre pacientes e profissionais, definindo-a como um processo complexo. Donabedian discursa sobre a definição do termo qualidade oferecido por Lee e Jones em 1933, dizendo que a definição de qualidade pode ser quase qualquer coisa que alguém deseja que ela seja, embora, normalmente seja o reflexo dos valores e objetivos atuais do sistema de assistência e da sociedade da qual faz parte (DONABEDIAN, 2005).

A tríade de conceitos desenvolvida por Donabedian caracteriza-se como base para a qualidade, que são: 'estrutura, processo e resultado'. Tal modelo caracteriza-se por ser muito bem visto e aceito, pois, agrega funcionalidade e utilidade, baseando-se na lógica de funcionamento de uma instituição (MAIA *et al.*, 2011). A 'estrutura' corresponde ao arcabouço físico como um todo, estrutura concreta, e a recursos humanos, materiais e financeiros que se fazem necessários à prestação da assistência à saúde. Neste item estão contemplados desde a disponibilidade de tecnologias duras, como a capacitação e aprimoramento profissional da equipe que atua na assistência direta. O 'processo' faz menção às ações realizadas pelos profissionais de saúde e pacientes embasadas em um padrão previamente estabelecido. De forma geral, todas as ações envolvidas no tratamento direcionado a um paciente farão parte do processo. Quanto aos 'resultados', observa-se que estes se configuram como resultante da assistência ao levar em conta a saúde, a satisfação de expectativas e padrões previamente estabelecidos (MALIK; SCHIESARI, 1998). Donabedian propõe, ainda, que a qualidade deve levar em conta sete pilares de sustentação:

1. eficácia: refere-se ao melhor que se pode oferecer ao paciente diante de uma situação;
2. efetividade: resultante do cuidado obtido na situação real, a partir das condições existentes e a prática diária;
3. eficiência: refere-se ao custo para que possa se alcançar a melhoria em saúde;
4. otimização: se observarmos duas medidas igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente será a de menor custo;

5. aceitabilidade: ocorre quando o cuidado se molda aos desejos, expectativas e valores que o paciente e seus familiares possuem;
6. legitimidade: retrata a aceitação e visualização do cuidado perante a sociedade ou comunidade,
7. equidade: trata do que é justo quanto à distribuição dos cuidados e de seus benefícios em uma sociedade (DONABEDIAN, 1990).

Baseando-se no modelo de avaliação da qualidade proposto por Donabedian, surgiram outros modelos com o mesmo objetivo, talvez o de maior destaque seja o Modelo de Resultados da Saúde de Qualidade, proposto pela *American Academy of Nursing*. Tal modelo utiliza a base do modelo Donabediano, porém, de forma mais dinâmica, considerando características do paciente e do sistema em que está inserido (POLIT, 2011).

Dentre outros teóricos da qualidade, destaca-se Deming, que define qualidade como “atender continuamente às necessidades e expectativas dos clientes a um preço que eles estejam dispostos a pagar” (CHIAVENATO, 2003).

Ao empregar as opiniões dos usuários e seus julgamentos de satisfação quanto aos serviços prestados, tem-se uma importante ferramenta de gestão em mãos, pois, ao conhecer as ideias e percepções de quem utiliza o serviço, encontra-se também um direcionamento para planejar as ações de adequação e melhoria (MURILLO; SAURINA, 2013).

A discussão acerca da qualidade dos serviços vem sendo debatida desde o século XX em países como Inglaterra e Estados Unidos, porém, no Brasil o movimento pela qualidade dos serviços ganhou forças apenas nos anos de 1990, devido às necessidades de mercado e também por reivindicação dos usuários dos serviços (ALBUQUERQUE, 2012; MACHADO; MARTINS; MARTINS, 2013).

Quanto à produção científica referente a esta temática, um estudo do tipo revisão sistemática, selecionou artigos científicos, dissertações e teses, no período de janeiro de 1990 a dezembro de 2011 e encontrou 62 documentos tratando do tema qualidade nos serviços de saúde. O estudo mostrou que o período de publicações foi variado, com a publicação mais antiga sendo do ano de 1991, e a mais recente referente ao ano de 2011. Ressalta-se que o maior volume de publicações voltadas a essa área se deu entre 2004 e 2011, totalizando 48 ocorrências. Quanto ao local de publicação desses estudos, encontrou-se que mais

frequentemente publica-se em revistas nacionais, e em menor número em periódicos internacionais. Outro ponto de relevância encontrado situa-se no fato de que dos 62 estudos, 21 foram realizados voltados a aspectos de processos e resultados, 12 trataram da estrutura, processo e resultado, sete estudos foram focados em processo, seis apenas em resultado e dois documentos tratavam de estrutura e processo. As variáveis investigadas nos estudos relacionadas aos usuários foram: sexo, idade, raça/cor, diagnósticos, comorbidades, utilização de UTI, especialidade da internação (cirúrgica ou clínica), tipo de internação (eletiva/urgência), uso de procedimentos selecionados, peso ao nascer, escala de risco e nível de severidade. Quanto aos fatores relacionados aos hospitais foram verificadas as variáveis: porte, volume de internações geral ou por causas específicas, natureza jurídica, esfera administrativa (municipal, estadual, federal ou privada), complexidade da assistência (baixa, média, alta), atividade de ensino, localização geográfica, perfil diagnóstico e demográfico dos pacientes, valores médios recebidos por internação, financiamento, presença ou ausência de atendimento de emergência, características relativas à estrutura física. Este estudo concluiu que ocorreu crescimento da produção nacional sobre o tema qualidade do cuidado hospitalar, porém, o número de publicações ainda é considerado restrito quando comparado ao volume de estudos internacionais (MACHADO; MARTINS; MARTINS, 2013).

A promoção de qualidade nos serviços deve ser considerada o principal objetivo dos estabelecimentos, e, para isso, mudanças no modelo de gerenciamento devem ser verificadas. Destaca-se que não deveriam ser observadas diferenças entre a oferta de qualidade quanto ao tipo do hospital que oferece o serviço, seja ele público ou privado (ALBUQUERQUE, 2012).

Ao observamos a segmentação do sistema de saúde no Brasil, tem-se basicamente dois subtipos: o sistema público, representado pelo SUS, e o sistema de saúde privado, regulado pela Agência Nacional de Saúde (ANS). Segundo a ANS, quase metade da população brasileira possui algum plano de saúde, dado que confere ao perfil do Brasil, qualificação de sistema de saúde misto, por mesclar contingentes populacionais que utilizam um ou outro serviço. Embora comparativamente equivalentes em termos de quantidade, a qualidade não segue o

mesmo patamar quando confrontamos público versus privado, sendo atestados níveis de serviços intensamente diferentes (ALBUQUERQUE, 2012).

Avaliar um serviço é tarefa mais complexa quando comparada à avaliação de um produto. O produto é uma realidade palpável frente ao usuário e permite a detecção de defeitos quanto às características concretas como durabilidade e funcionamento adequados, enquanto o serviço depende primeiramente da experiência de cada indivíduo para que exista sua produção, consumo e avaliação. Essa característica confere ao serviço o perfil de algo complexo, perecível, sujeito a percepções próprias de cada usuário (CRUZ; MELLEIRO, 2010).

Uma exigência normalmente ligada aos serviços privados, a avaliação dos serviços passou a ser direcionada também aos serviços públicos. Tais iniciativas possuem como intuito incitar melhorias constantes e fortalecer a competitividade através de constantes medidas avaliativas (ALBUQUERQUE, 2012).

Quando o foco se volta aos serviços públicos de saúde, normalmente a ideia de baixa resolutividade e qualidade discutível são pontos presentes (JUNQUEIRA; AUGÉ, 1996).

Observa-se que os usuários têm exigindo cada vez mais qualidade dos serviços, sobretudo daqueles provenientes de órgãos públicos. Tal reivindicação acentua a necessidade da criação de normas e mecanismos avaliativos de controle da qualidade assistencial (BRASIL, 2007).

Atualmente, muito tem sido feito para buscar a melhoria da qualidade na prestação dos cuidados em saúde. Beaulieu (2013) discursa sobre esta afirmativa e destaca que prestar cuidados de alta qualidade é o que motiva o profissional. O aprimoramento de técnicas de melhoria continuadas para manutenção da qualidade também é de fundamental importância para avaliações positivas de desempenho.

A OMS vem incentivando melhorias através de programas de garantia de qualidade nos serviços de saúde. Devido à importância referente aos custos no setor saúde, num primeiro momento, maior ênfase foi dada a este quesito (SERAPIONI, 2009).

Percebe-se que o financiamento destinado à saúde no Brasil ainda é deficitário, deixando a desejar no que tange à garantia de cobertura aos usuários de maneira integral. Este cenário de má gestão do recurso público ocasiona movimentos de insatisfação e precarização da saúde (ALBUQUERQUE, 2012).

Atualmente, a prática de ações voltadas à qualidade dos serviços não mais se configura como algo restrito apenas a países desenvolvidos, ricos e com sistemas de saúde complexos, mais do que isso, tornou-se ponto estratégico para a maioria dos países, trazendo à tona as temáticas de excelência dos serviços e avaliação contínua, para as discussões entre os gestores e profissionais de saúde (SERAPIONI, 2009).

Com o passar do tempo, foram desenvolvidas metodologias que possibilitassem instrumentalizar e mensurar aspectos relacionados à qualidade e satisfação, com o intuito de comparar expectativas e percepções dos clientes diante de vários aspectos referentes ao serviço utilizado. Tal modalidade foi denominada de análise de importância-desempenho (IPA), originalmente utilizada na área administrativa e comercial, hoje sendo utilizada também na área da saúde (MURILLO; SAURINA, 2013). Este tipo de análise é considerado funcional, pois possibilita a identificação de problemas com base nas reais necessidades de intervenção, facilitando o processo de melhoria da qualidade (MURILLO; SAURINA, 2013). Observa-se que o tipo de escala mais utilizado neste tipo de análise é a escala de Likert, que utiliza grau de importância frente aos atributos em avaliação (MURILLO; SAURINA, 2013).

A literatura ressalta que não apenas os mecanismos destinados a monitorar registros da equipe de saúde, como prontuários e prescrições, são suficientes para avaliar que a assistência prestada é segura e satisfatória. É necessário que informações referentes à prática clínica sejam também obtidas a fim de cruzar os dois tipos de dados, verificando se a realidade condiz com as evidências disponíveis. Obter dados referentes à prática significa ir de encontro à população usuária do serviço, indagar opiniões e sugestões, obtendo subsídios para atuar nos pontos essenciais de forma prioritária (BEAULIEU, 2013).

Através da consulta à literatura disponível, observou-se que vários autores concordam quanto ao fato de que ainda existem controvérsias a respeito da forma mais adequada a ser utilizada para avaliar a qualidade, ressaltando ainda, que vários autores vêm trabalhando na construção de ferramentas eficazes para essa função (PEREIRA, 2013).

O Brasil caracteriza-se por ser um país extenso territorialmente, oferecendo grande quantidade de serviços de saúde, o que demanda a necessidade constante

de avaliação (BRASIL, 2007). A avaliação constitui-se de etapa fundamental para verificação do planejamento e da gestão do sistema de saúde. Considera-se eficiente o sistema avaliativo que verifica o serviço prestado, averiguando se houve resolutividade dos problemas vivenciados pelos usuários. A abordagem para avaliação da qualidade deve ser ampla, abrangendo diferentes aspectos e visões:

- avaliação da estrutura: avalia existência de recursos físicos (instalações), humanos (pessoal) e organizacionais (comitês, protocolos assistenciais etc.) adequados;
- avaliação dos processos de trabalho nas áreas de gestão, serviços de apoio e serviços assistenciais: organização e documentação, protocolos, normas e rotinas;
- avaliação dos resultados: avalia o impacto da assistência prestada na situação de saúde, conhecimento e comportamento do paciente;
- avaliação da satisfação dos pacientes em relação ao atendimento recebido e dos provedores destes serviços em relação aos seus ambientes de trabalho (BRASIL, 2007).

O objetivo das instituições que oferecem serviços na área da saúde e buscam a qualidade deve ser a satisfação das necessidades de seus clientes e de suas expectativas. Para que esse objetivo seja atingido, destaca-se que é fundamental que os participantes do processo de assistência estejam engajados no processo de prestação de serviços (MOURA; COSTA; TEIXEIRA, 2010; ALBURQUERQUE, 2012).

Ao abordar o quesito qualidade, a temática satisfação é conjuntamente avaliada, pois a análise da relação entre expectativas e percepções resultará em satisfação ou insatisfação, e na ocorrência ou ausência de qualidade (GOUVEIA et al., 2011). Proporcionar satisfação aos clientes é uma prática que remete aos tempos industriais e, na área da saúde, vem ganhando destaque à medida que não apenas a competitividade é almejada, mas também devido à conscientização de que devem ser oferecidos serviços de qualidade aos cidadãos (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Historicamente, assim como a temática da qualidade, o destaque às pesquisas de satisfação se deu na década de 70, primeiramente nos Estados Unidos e Inglaterra, que vivenciavam uma realidade de corrida entre consumismo e busca pela qualidade. A partir daí, a satisfação dos usuários passou de fato para meta a ser alcançada, quando se incentivaram pesquisas que buscavam o

aperfeiçoamento dos serviços a fim de que se atingisse esse objetivo. No Brasil, com a criação e desenvolvimento do SUS, esforços vêm sendo direcionados para fortalecer a participação social da comunidade nos processos de planejamento e avaliação desde a década de 1990 (ESPIRIDIÃO; TRAD, 2005).

A implementação de práticas voltadas à qualidade se deu com grande ênfase através de Florence Nightingale, enfermeira de grande destaque atuante na guerra da Criméia, que, ao visitar os hospitais implantou um processo de melhoria da qualidade, também voltado à redução da mortalidade dos soldados combatentes de guerra, dando força para o desenvolvimento da cultura de promoção de cuidados de qualidade ao paciente (MACEDO, 2012).

No campo conceitual, Espiridião e Trad (2005) mostram que a palavra “satisfação” é bastante utilizada internacionalmente, embora seja ainda um conceito vago, composto de diversos valores e delineamentos não totalmente definidos.

Sabe-se que “a satisfação do cliente é a meta do processo de qualidade”, ou seja, é através da interação entre a prestação de serviços e o usuário que se dará o processo gerador de qualidade e satisfação (JUNQUEIRA; AUGÉ, 1996). Abordar qualidade nos serviços de saúde não é tarefa fácil, ao transpor este conceito e ir além, buscando encontrar satisfação por parte dos usuários, a temática se constitui ainda mais desafiadora (MALIK; SCHIESARI, 1998).

A literatura ressalta que existem alguns fatores que têm sido revistos quanto ao poder de interferir na percepção de satisfação relatada pelos pacientes, tais como: características inerentes aos pacientes (dados sociodemográficos, expectativas quanto ao atendimento, estado de saúde); perfil dos profissionais que atuam no cuidado (personalidade, habilidades técnicas, saber lidar); fatores da relação médico-paciente e características referentes à estrutura e ambiente (acesso ao serviço, forma de pagamento, duração da terapêutica, disponibilidade de consultas). Dentre outros fatores, a satisfação pode ainda ser afetada por critérios como: cortesia por parte da equipe, reconhecimento do paciente como ser integral, enfermagem presente e atuante no serviço, disponibilidade de consultas ao paciente, tempo de espera curto e disponibilidade de recursos de apoio na unidade. Quanto ao perfil da satisfação de usuários dos serviços hospitalares, particularmente um setor que comporta pacientes em situações de maior complexidade, dados sobre alimentação, qualidade de equipamentos, confiabilidade referente à equipe,

acessibilidade, disponibilização de informações e privacidade são descritos na literatura como pontos nevrálgicos para a avaliação positiva e satisfatória quanto a um serviço (JUNQUEIRA, 1995; ESPIRIDIÃO; TRAD, 2005; RICCI et al., 2011).

Ressalta-se que alguns estudos, como o de Gouveia et al. (2011), embasaram-se em vários desses critérios para avaliar a satisfação de usuários do serviço de saúde do estado de Pernambuco, concluindo que o tempo de espera por atendimento e a disponibilidade de medicamentos foram responsáveis pelos menores escores de satisfação dos usuários, reforçando a ideia de que o acesso de fato interfere na satisfação do usuário com o serviço.

Sendo assim, é indiscutível a necessidade de que a visão do usuário do serviço seja o norte que direciona o planejamento, o primeiro pilar de investigação para as ações de melhoria da qualidade e consequente satisfação dos clientes. Segundo Robin S. Shama, “o que é medido, é melhorado” (BEAULIEU, 2013).

Podemos observar que a satisfação é utilizada como ferramenta para avaliar desde o menor fator, como detalhes do processo de cuidado, até a qualidade técnica dos serviços como um todo.

Através da revisão da literatura, Espiridião e Trad (2005) levantaram dados que possibilitaram demonstrar que a maioria dos estudos voltados à satisfação tem o intuito de descrever a ótica dos usuários referente aos serviços ou, o que é mais comum, de avaliar a qualidade dos serviços de saúde.

Em um estudo realizado em 2009, com o objetivo de avaliar a satisfação dos usuários com o Hospital Escola de São Carlos-SP, constatou-se que, apesar de ser do conhecimento do público que o hospital é universitário, a maioria não percebeu a presença de alunos na equipe. Entretanto, a parcela que percebeu a presença dos alunos no ambiente, referiu maior satisfação com o atendimento (RICCI et al., 2011). Esses dados mostram que a avaliação do serviço hospitalar, no âmbito dos hospitais de ensino, pode se configurar como importante artifício para verificação da satisfação e consequente promoção de melhorias contínuas.

Normalmente, observa-se que a satisfação é associada à etapa teoricamente definida como avaliação dos resultados, pois é posterior ao cuidado prestado e relaciona-se à percepção diante de intervenções vivenciadas (ESPIRIDIÃO; TRAD, 2005). Assim, a forma mais segura de se verificar se o cuidado prestado ao cliente é satisfatório é perguntando a ele sobre suas percepções (BEAULIEU, 2013).

Processos de comunicação falhos, baixa motivação dos prestadores de serviço, ausência de levantamento de problemas com o serviço, não compromisso na relação com o cliente e falta de visão administrativa e gerencial são alguns dos fatores demonstrados na literatura que possuem potencial para promover a baixa qualidade e insatisfação dos clientes com os serviços. A ocorrência destes e outros eventos dentro dos estabelecimentos que prestam serviços, podem de fato refletir na visão do cliente originando um problema, a insatisfação com o serviço prestado (GAVILANO, 2012).

Embora o SUS seja um sistema considerado pioneiro ao redor do mundo, a realidade está distante da excelência em qualidade e possui grandes desafios, como a gestão qualificada e preparada e o financiamento sério e comprometido com a saúde da população (ALBUQUERQUE, 2012).

2.2 HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Atualmente, o SUS incentiva práticas de gestão que valorizem a humanização e a otimização de desempenhos, levando hospitais a buscarem aperfeiçoamento de seus métodos avaliativos e buscarem maior resolutividade (BORGES; CARVALHO; SILVA, 2010).

A humanização no contexto hospitalar vem sendo bastante discutida, principalmente devido à vulnerabilidade a que estão expostos os pacientes ao mesmo tempo em que ocorre cada vez mais a modernização das tecnologias duras (SIMÕES et al., 2007b).

Humanizar prevê a satisfação de expectativas de pessoas que buscam os serviços de saúde em obterem resolução para seus problemas, sendo tratadas como sujeitos de direitos e com respeito à individualidade do ser humano com incentivo à autonomia (SIMÕES et al., 2007a).

Em 2001, o Ministério da Saúde iniciou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) com o objetivo de mudar o padrão da assistência aos usuários dos hospitais públicos brasileiros propondo a melhoria da qualidade e eficácia da assistência hospitalar pública no país. Esta iniciativa retrata o compromisso do Ministério da Saúde em enfrentar o desafio de melhoria da qualidade do atendimento hospitalar público, bem como promover motivação e valorização do trabalho aos profissionais desta área (BRASIL, 2001).

É cada vez mais frequente a divulgação de notícias na mídia de toda espécie quanto a fatos relacionados à precariedade da assistência bem como fatos envolvendo erros provenientes da equipe de saúde de modo geral, refletindo a desmotivação e sobrecarga enfrentada por esses profissionais. Fatos como esses podem comprometer a qualidade da assistência prestada, refletindo ainda na qualidade do serviço como um todo (SIMÕES et al., 2007a).

A Política Nacional de Humanização (PNH) surgiu em 2004, com o intuito de promover a garantia de saúde para todos, através de profissionais comprometidos com ética e com a vida, através do debate sobre os modelos de gestão e atenção, incentivando a qualificação profissional (BRASIL, 2004).

Dentre as prioridades estabelecidas pela PNH, pontuam-se: redução de filas e de tempo de espera com conseqüente ampliação do acesso e maior resolutividade; conhecimento do usuário de cada profissional que cuida da sua saúde e quais são os serviços disponíveis para referência; garantia de informação ao usuário por parte das unidades de saúde utilizadas bem como acompanhamento de pessoas de sua confiança; promoção e garantia da gestão participativa com os trabalhadores e usuários do SUS e realização de educação permanente aos trabalhadores (BRASIL, 2004).

A PNH vem atuando de forma a promover e divulgar estratégias de apoio ao SUS, e, dentre algumas experiências, destaca-se o Programa Rede Cegonha que foi lançado em 2011 pelo governo federal, com o intuito de assegurar à mulher e à criança, a garantia de receber atenção humanizada no pré-natal, parto, nascimento e puerpério e ações voltadas à saúde infantil, em todo o âmbito do SUS, objetivando ainda, qualificar a atenção e a gestão da saúde materna e infantil em todo o país, através de financiamento e incentivos técnicos com o fim de modificar os modelos obstétricos e neonatais. Nesse sentido, a contribuição da PNH é pautada no apoio institucional, pois, para acontecerem modificações, análises e intervenções devem ser feitas nas práticas de saúde não humanizadas para que seja possível modificar ações coletivamente a fim de transformar este cenário (BRASIL, 2014a).

2.3 POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS À MULHER

“As mulheres são a maioria da população residente no Brasil (51,9%) e também são as principais usuárias dos serviços de saúde, segundo os dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013” (PNS, 2015).

O período vivenciado na gestação e parto é considerado como de grande modificação fisiológica e psíquica, sendo de grande importância e necessidade, oferecer apoio emocional, suporte psicológico e assistência de qualidade por parte da família e da equipe de saúde (MOURA; COSTA; TEIXEIRA, 2010).

O pré-natal configura-se historicamente como uma das práticas mais desenvolvidas pelos serviços de saúde pública no país e alternativas visando sua melhoria vem sendo propostas pelo Ministério da Saúde há mais de vinte anos. Algumas iniciativas vêm sendo trabalhadas a fim de ampliar o acesso e o acompanhamento pré-natal através da melhoria das ações executadas, que permitirão a modificação do modelo obstétrico vigente (BRASIL, 2009).

Historicamente, as políticas de saúde voltadas à população feminina passaram por mudanças e, sobretudo, avanços com o passar do tempo (BRASIL, 2011).

Anteriormente ao século XX, as políticas de saúde pública destinadas às mulheres englobavam apenas ações voltadas à assistência ao parto e puerpério e questões relacionadas à puericultura. Influenciadas pelo perfil social predominante exercido pela mulher na realidade em questão, as políticas de saúde voltadas a essa população encontravam-se defasadas e a necessidade de mudanças se fez clara e evidente (BRASIL, 2011).

Se anteriormente o papel das mulheres era restrito ao papel materno e doméstico, à tarefa de educar e cuidar dos filhos, com o passar dos anos a realidade mudou e a notoriedade da mulher se fez presente com o ingresso no mercado de trabalho e divisão de papéis no ciclo familiar e principalmente na sociedade. Com essa mudança na representação da mulher perante a sociedade, o delineamento de questões mais profundas ganha força com os movimentos feministas e temas de relevância, porém, tratados apenas no âmbito particular começam a ser discutidos. A questão da igualdade de gênero passa a ser mais fortemente debatida e demandas voltadas à sexualidade, direitos reprodutivos, métodos contraceptivos, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e direitos trabalhistas das

mulheres ganham destaque nas programações das políticas de saúde (BRASIL, 2011).

No início dos anos 80, em 1984, um fato marcou definitivamente a história das políticas públicas de saúde no Brasil. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher PAISM, criado pelo Ministério da Saúde, simbolizou a mudança na base da assistência à saúde da população feminina (BRASIL, 1984).

Com o PAISM, os pilares de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços e a equidade e integralidade foram implantados, fatos que sincronicamente se deram com a formulação do SUS. O PAISM apresentava como grande diferencial o fato de que as ações eram direcionadas não apenas ao ciclo gravídico puerperal, mas passaram a incluir programas de detecção e controle do câncer de colo de útero e mamas, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, direitos reprodutivos, questões do climatério, dentre outras, possibilitando à mulher maior acesso ao cuidado em saúde (BRASIL, 1984).

O primeiro grande passo para melhoria do cuidado à saúde da mulher foi dado através da implantação do PAISM, conseqüentemente outras atividades vieram em seguida, na tentativa de abarcar maior população e atingir metas de melhoria dos indicadores de satisfação da população usuária.

Em Setembro do ano 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), aprovou um documento considerado marco para o século. A Declaração do Milênio, assinada em Nova York, resultou de um acordo entre 147 chefes de Estado e Governo e 191 países que se reuniram com o intuito de propor ações de melhoria em vários campos em todo mundo, definindo objetivos a serem atingidos em um dado período de tempo (ODM BRASIL, 2000).

Os oito objetivos do milênio estabelecidos em 2000 são: acabar com a fome e a miséria; oferecer educação básica de qualidade para todos; promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde das gestantes; combater a AIDS, a malária e outras doenças; garantir qualidade de vida e respeito ao meio ambiente; estabelecer parcerias para o desenvolvimento. Após a definição dos objetivos, a intenção era atingir o maior número de metas até 2015 (ODM BRASIL, 2015). Com algumas metas não alcançadas, dentre elas a redução da mortalidade materna, foram definidos novos prazos para a obtenção da melhoria nos indicadores dos objetivos que não puderam

ser atingidos. No que tange ao indicador previamente citado, ainda é necessário baixar o número de mortes maternas para no máximo 35 mortes a cada 100 mil nascidos vivos, indicador que ainda se encontra em 64 mortes para cada 100 mil nascidos vivos (ODM BRASIL, 2015).

Em 2001, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, que estabeleceu os procedimentos assistenciais mínimos a que toda gestante possui direito, dentre eles, a realização da primeira consulta no primeiro trimestre, de pelo menos seis consultas no decorrer da gestação e uma no puerpério e a realização de exames laboratoriais e imunização antitetânica. O programa prevê ainda que toda gestante deverá ter garantido o direito de acesso ao atendimento digno e de qualidade em todo ciclo gravídico puerperal, conhecer e ter acesso garantido à maternidade em que será realizado o parto, receber assistência em todo o período gestacional e pós-parto com o melhor atendimento possível, humanizado e seguro e ainda ter a garantia que seu recém-nascido receberá assistência também humanizada e segura (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002).

Posteriormente, ainda com a intenção de focar na atenção integral à saúde da mulher, em 24 de junho de 2011, através da Portaria 1.459 é instituída a Rede Cegonha no Brasil, com os objetivos de:

Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011).

A Rede Cegonha possui quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico. Cada um dos componentes possui suas particularidades e temas, possuindo metas a serem buscadas (BRASIL, 2011, PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011).

A Rede Cegonha é uma iniciativa vinculada ao SUS que prevê a integração de cuidados multidisciplinares a fim de garantir a mãe e à criança o melhor cuidado em saúde, atuando no planejamento, gestação, parto, pós-parto e cuidado materno infantil de maneira segura e humanizada (BRASIL, 2011, PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011).

“Em 2013, 289 000 mulheres morreram durante e após a gravidez e o parto em todo o mundo” (Tradução. WHO, 2014). Este dado expõe de maneira clara a situação a que as mulheres se encontram expostas (BRASIL, 2014a).

Através da divulgação do relatório “O Estado da Obstetrícia no Mundo 2014”, foi possível analisar a situação referente à realidade obstétrica em 73 países de baixa e média renda. Ao final, verificou-se que a necessidade de investimento em assistência obstétrica de alto padrão é indispensável e urgente, podendo garantir a prevenção de até dois terços dos casos de mortes maternas e neonatais. O documento ainda destaca que dentre os países participantes do estudo, África, Ásia e América Latina, que inclui o Brasil, respondem por 96% do total de mortes maternas, 91% dos natimortos e 93% de recém-nascidos, mas possuem somente 42% dos profissionais de saúde voltados a essa área para realização da assistência. Justifica-se então que o investimento nos serviços de atenção obstétrica de alto padrão poderia contribuir para a melhoria destes dados (OMS, 2014).

Através da mais recente Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança, realizada em 2006 com a população feminina em idade fértil e crianças menores de cinco anos, foi possível identificar mudanças referentes ao perfil de saúde ocorridas nos dois grupos nos últimos dez anos (BRASIL, 2009). Verificou-se que, quanto ao parto, foi observado aumento do número de hospitais vinculados ao SUS que procuraram se adequar e estruturar para desempenhar suas funções assistenciais de maneira mais humanizada, embora o modelo biomédico e pautado em intervenções seja ainda predominante, tanto nos sistemas públicos quanto privados, se traduzindo através do grande número de cesáreas ainda observadas. Quanto à assistência pré-natal, foram realizados pelo SUS aproximadamente 74,8% dos pré-natais, bem como 77,4% dos partos. Historicamente, os partos cirúrgicos vêm mantendo taxas elevadas há vários anos, e observou-se que na última década elevaram-se as porcentagens referentes a esta modalidade, chegando a atingir 43,8%. Um dado relevante evidenciou que esta característica esteve presente principalmente nas regiões Sudeste e Sul do País, apresentando 51,7% no Sudeste e 51,6% no Sul (BRASIL, 2009).

Quanto às ações que visem auxiliar no conforto da mulher durante o período de parto, os achados foram pouco numerosos, retratando medidas de alívio da dor no parto natural apenas em 30,4% dos nascimentos. Um ponto de destaque da PNH

que foi observado na PNDS foi relacionado à presença de um acompanhante, achado pouco frequente, apenas 18,5% das gestantes da região sudeste possuiu acompanhante (BRASIL, 2009).

Ainda que sejam observados decréscimos nos números relacionados à morte materna, a realidade visualizada no país ainda não alcança indicadores satisfatórios, refletindo o impacto provocado por mortes decorrentes de abortos inseguros, ao grande número de cesáreas realizadas e a excessiva medicalização no decorrer do parto e nascimento (VICTORA et al., 2011).

De acordo com o DATASUS entre julho de 2013 e julho de 2014, foram contabilizadas 2.272 internações obstétricas no município de Uberaba, com média de permanência de 2,8 dias, contabilizando um gasto total de R\$1.379.730,51, sendo que o valor médio observado por internação obstétrica foi de R\$607,28 (BRASIL, 2014b).

O Ministério da Saúde divulgou em 2013 o Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, contendo o rol de objetivos a serem norteadores para o planejamento de atividades pelos gestores. Dentre os objetivos encontra-se na terceira diretriz: “Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade” e inclui o “item 3.2: Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade”. Neste item encontram-se alocadas duas metas relevantes: Meta 20: Aumentar o percentual de parto normal e Meta 21: Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal (BRASIL, 2013a).

Tais objetivos possuem relevâncias acentuadas, possibilitando obter informações reais sobre “a cobertura do atendimento pré-natal identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos” colaborando ainda com dados de “contribuição para a análise das condições de acesso da assistência pré-natal e qualidade em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil e o número de casos de sífilis congênita”. Outros pontos relevantes que resultam da análise dos indicadores:

Avalia o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto; analisa variações geográficas e temporais da proporção de partos normais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e

estudos específicos; contribui na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de Saúde, no contexto do modelo assistencial adotado (BRASIL, 2013a, p.60)

É indispensável que a promoção de ações voltadas à paciente ocorra de forma a considerá-la como um ser multidimensional. Essa postura por parte da equipe de saúde é necessária, pois é preciso desenvolver a cultura de respeito aos cidadãos como pessoas que possuem direitos e devem ser tratadas com respeito, valorizando suas individualidades (BRASIL, 2006).

O acesso ao pré-natal adequado promove detecção precoce de agravos à saúde e intervenção programada de situações de risco, possibilitando ainda a previsão de situações que necessitem de rápida intervenção ou atendimento médico (BRASIL, 2013a).

O processo de avaliação da atenção pré-natal e puerperal realiza-se através do emprego e o monitoramento dos indicadores de saúde possibilitando rever processos visando à melhoria da qualidade da assistência (BRASIL, 2006). Neste contexto, a literatura mostra que as mulheres possuem maior olhar crítico sobre os serviços e se constituem importantes para pesquisas de satisfação (ESPIRIDIANO; TRAD, 2005).

A importância do incentivo da melhoria da qualidade dos serviços de saúde voltados às mulheres vai além da satisfação das gestantes e puérperas. Um serviço estruturado e de qualidade apresenta menores chances de ocorrência de mortes maternas obstétricas, principalmente as ditas mortes maternas diretas, quando o óbito se dá por complicações decorrentes da gravidez, parto ou puerpério. Nesses casos as mortes ocorrem por eventos ou intervenções desnecessárias, omissões, tratamentos incorretos ou outros motivos ligados à gestação que ocasionem dano fatal à vida da mulher. No caso das mortes indiretas, doenças de base ou patologias desenvolvidas na gestação, como eventos vasculares ou ligados ao aparelho respiratório, exacerbadas durante a gravidez, podem vir a provocar o óbito (BRASIL, 2013b).

Quanto ao provimento de assistência de qualidade ao parto e pós-parto, observa-se déficit de condições e fatores motivacionais necessários à equipe de saúde, resultando muitas vezes em atendimentos automáticos, vazios e, portanto, de baixa qualidade (MOURA; COSTA; TEIXEIRA, 2010).

Uma revisão sistemática recente levantou 48 estudos voltados ao tema “estudos de avaliação da qualidade hospitalar no Brasil” e encontrou apenas 5 estudos com foco na população obstétrica, voltados à maternidades, sendo que, dentre eles, um foi realizado em São Luís, Maranhão, e os outros 4 estudos no estado do Rio de Janeiro. Este dado retrata que a produção científica com ênfase na avaliação feminina quanto à assistência hospitalar no Brasil ainda é escassa (MACHADO; MARTINS; MARTINS, 2013).

Quanto à qualidade dos serviços obstétricos, sabe-se que infraestrutura e recursos escassos se constituem desafios para a prestação da assistência obstétrica de qualidade e influenciam a percepção de qualidade que as pacientes visualizam quanto ao atendimento. Ressalta-se a importância da educação permanente destinada aos profissionais, de todos os níveis, para a manutenção da prestação da assistência de forma linear buscando favorecer o cuidado e os padrões de assistência. Apenas aumentar a cobertura não é suficiente, a qualidade dos atendimentos deve ser levada em conta na medida em que se configura como ferramenta que auxilia na redução da mortalidade e prevenção e controle de doenças maternas e neonatais. (OMS, 2014).

“Estima-se que o número mundial de gravidezes por ano registrado atualmente, de 166 milhões, se manterá constante até 2030.” Essa afirmativa traduz a necessidade dos países investirem nos próximos anos em ações de fortalecimento de políticas públicas e de programação de ampliação de acesso aos serviços de qualidade em obstetrícia (OMS, 2014).

Atualmente, cerca de 98% dos partos ocorrem em ambiente hospitalar, mostrando a modificação ocorrida ao longo dos anos no perfil de assistência ao nascimento. O que antes era considerado natural, ocorrendo em ambiente habitual, familiar, hoje se configura como ato institucionalizado e medicalizado. Não apenas modificações no âmbito assistencial são visualizadas, mas também no que tange às relações sociais e familiares, inclusive da relação mãe-filho, pois sofre a influência do serviço que presta assistência ao parto (BRASIL, 2014a).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a satisfação de mulheres atendidas nos hospitais de ensino credenciados ao SUS situados no município de Uberaba, Minas Gerais, com relação à assistência obstétrica recebida durante o parto.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar expectativas e percepções sobre a assistência ao parto, de mulheres atendidas em hospitais de ensino credenciados ao SUS situados em Uberaba - MG;
2. aferir o indicativo de satisfação ou insatisfação de mulheres atendidas nos hospitais de ensino credenciados ao SUS de Uberaba – MG quanto ao atendimento recebido durante o parto;
3. avaliar a influência das variáveis sociodemográficas e obstétricas na satisfação das mulheres quanto ao atendimento recebido durante o parto.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, longitudinal, prospectivo, de abordagem quantitativa. Por estudo observacional entende-se o conjunto de procedimentos utilizados para conhecer uma situação, não realizando modificações sobre ela. Pesquisas longitudinais caracterizam-se por realizarem duas ou mais coletas de dados em um período extenso de tempo. Por fim, pesquisas quantitativas caracterizam-se por investigar fenômenos realizando medições e quantificações numéricas (POLIT, 2011).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

Esta pesquisa foi desenvolvida na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Os dados foram coletados em hospitais de ensino credenciados ao SUS no município de Uberaba-MG.

O primeiro hospital, neste estudo identificado como Hospital 1, caracteriza-se por ser um hospital geral, de ensino, público, federal, que oferece atendimentos de alta e média complexidade e que atende 100% ao SUS. Possui diversas especialidades clínicas e cirúrgicas. As unidades de internação hospitalar contam, atualmente, com 296 leitos ativos e distribuídos em: 40 leitos de Terapia Intensiva (Neonatal e Infantil, Geral e Coronariana); 11 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Infantil (UCI); 38 leitos de Clínica Médica; 17 leitos de Ortopedia; 50 leitos de Clínica Cirúrgica; 2 leitos de Oftalmologia; 1 leito de Otorrinolaringologia; 6 leitos de Neurocirurgia; 9 leitos de Neurologia; 13 leitos de Ginecologia; 22 leitos de Obstetrícia/Alojamento Conjunto; 24 leitos de Pediatria; 9 leitos na Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias; 4 leitos de Onco-hematologia; 6 leitos do Hospital Dia e 4 leitos na Unidade de Terapia Renal (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO, 2014).

O segundo hospital, Hospital 2, também é considerado hospital de ensino, porém mantido por uma instituição privada e conta com 101 leitos para internação pelo SUS, 73 leitos de internação para convênios, 20 leitos de UTI Adulto e 18 Leitos de UTI Infantil (neonatal e pediátrica). Possui Centro Obstétrico composto por duas salas de parto vaginal e outras duas para cesariana (UNIUBE, 2014).

Os dois hospitais atendem à macrorregião do Triângulo Sul, composta por 27 municípios e realizam atividades baseadas na tríade: ensino, pesquisa e extensão.

4.3 POPULAÇÃO

A população deste estudo foi composta exclusivamente de mulheres que receberam assistência ao parto pelo SUS nos hospitais de ensino credenciados ao SUS do município de Uberaba-MG, anteriormente citados.

4.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram consideradas aptas a participar do estudo mulheres que realizaram acompanhamento pré-natal nos ambulatórios dos referidos hospitais, por ocasião da penúltima ou última consulta ambulatorial pré-natal; mulheres em situação de risco gestacional habitual, médio ou alto e que receberam assistência ao parto nos referidos hospitais; mulheres que apresentaram condições clínicas favoráveis a responderem as questões dos instrumentos, ou seja, que fossem capazes de estabelecer um processo de comunicação e que estivessem orientadas no tempo e no espaço.

4.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram desconsideradas no estudo as mulheres que realizaram o pré-natal nas referidas instituições, mas cujos partos não aconteceram nas mesmas; mulheres que não apresentaram condições clínicas favoráveis a responderem as questões dos instrumentos ou que se caracterizaram como pacientes de muito alto risco gestacional.

4.4 AMOSTRAGEM

O cálculo do tamanho amostral considerou um coeficiente de determinação apriorístico, $R^2=0,13$, em um modelo de regressão linear com 3 preditores, tendo como nível de significância ou erro do tipo I de $\alpha = 0,05$ e erro do tipo II de $\beta = 0,1$, resultando, portanto, em um poder estatístico apriorístico de 90%. Utilizando-se o aplicativo PASS (*Power Analysis and Sample Size*), versão de 2002, introduzindo-se os valores acima descritos, obteve-se um tamanho de amostra mínimo de $n = 99$ sujeitos. Foi utilizada a amostragem aleatória sistemática de seleção pré-definido (POLIT, 2011).

4.5 COLETA DE DADOS

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFTM, e obtenção das devidas autorizações por parte dos serviços hospitalares, foi iniciado o processo de coleta dos dados. Para isso, primeiramente foi solicitado aos dois hospitais, a disponibilização das informações das gestantes em acompanhamento pré-natal nos respectivos ambulatórios. Com esses dados em mãos, no dia da penúltima ou última consulta no ambulatório, ocorreu a abordagem das gestantes que foram informadas sobre a pesquisa, e, no caso de aceite, participaram do estudo, sendo informadas de que seriam necessários dois momentos para interação e entrevista.

As entrevistas aconteceram no período de julho a outubro de 2015, pela própria pesquisadora. A primeira entrevista foi realizada em uma sala que se apresentou disponível no Ambulatório (6, 8 ou 10) do Hospital 1 ou na sala do Ambulatório (sala de triagem) do Hospital 2. Ao aceitar participar da pesquisa, eram lidos os termos de consentimento livre e esclarecido para maiores ou menores de idade e solicitada assinatura do mesmo conforme o caso (Apêndices A e B). A primeira entrevista foi realizada com as gestantes que se encontravam na penúltima ou última consulta ambulatorial pré-natal, sendo que neste momento foram aplicados os instrumentos, a saber: questionário sociodemográfico e de antecedentes obstétricos (Apêndice C) e a escala SERVQUAL (Anexo C) para aferição das expectativas destas mulheres sobre o atendimento que receberiam durante o momento do parto.

O segundo momento de entrevista se deu num intervalo de 24 a 36 horas pós-parto, em ambiente hospitalar, em momento oportuno e de forma sigilosa, quando novamente foi aplicada a escala SERVQUAL (Anexo D), nesta fase para verificar as percepções que as puérperas apresentaram sobre a assistência recebida durante o parto.

4.5.1 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram aplicados, no momento da abordagem à paciente, dois instrumentos: o questionário sociodemográfico e obstétrico (Apêndice C), contendo questões sobre idade, estado civil, escolaridade, profissão, nível socioeconômico, antecedentes pré-natais e obstétricos, bem como, a escala SERVQUAL (Anexos C e D). Esta escala foi aplicada em dois momentos distintos, primeiramente antes do parto, ainda em consulta pré-natal ambulatorial e, em uma segunda etapa, após o parto, no ambiente intra-hospitalar, para que fossem verificadas, respectivamente, as expectativas e as percepções das mulheres sobre a assistência durante o parto.

Por meio da utilização do questionário sociodemográfico e obstétrico, tornou-se possível conhecer o perfil das gestantes/puérperas, possibilitando, posteriormente, comparar os achados com o nível de satisfação obtido por cada grupo de características comuns.

A ferramenta proposta para avaliar a qualidade dos serviços é uma escala psicométrica, denominada SERVQUAL, validada no Brasil por Borges, Carvalho e Silva em 2010, que foi criada como tentativa de operacionalizar o constructo de satisfação do cliente. Esta escala é composta de 44 questões subdivididas em duas seções. A primeira seção contempla 22 afirmações referentes às expectativas do usuário com relação ao serviço e, a segunda, conta com 22 questões relativas às percepções dos usuários frente às categorias específicas do serviço (PENA et al., 2013). O usuário pontua duas notas para cada atributo em análise, uma irá refletir suas expectativas frente ao nível do serviço observado e outra explicitando suas percepções acerca do serviço prestado em análise. As pontuações são do tipo escala de Likert variando de 1 a 7, em que 1 corresponde a pior avaliação e 7 corresponde ao melhor julgamento (PENA et al., 2013). Ressalta-se que a escala é de domínio público.

Dessa forma, o escore da qualidade do serviço pode ser obtido através da subtração entre o escore expectativa e o escore percepção para cada uma das 22 declarações. Assim, podem ser obtidos resultados individuais bem como resultados globais de avaliação da qualidade do serviço (ALBUQUERQUE, 2012).

Na escala SERVQUAL são observadas lacunas, ou *gaps*. Cada *gap* representa a expectativa e a percepção acerca do serviço. Esta escala conta com critérios que foram denominados indicadores ou dimensões:

- a) tangibilidade: compreende a aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e material para comunicação;
- b) confiabilidade: capacidade de oferecer o serviço prometido com confiança e exatidão;
- c) responsividade: disposição para ajudar os clientes e fornecer o atendimento com presteza, rapidez;
- d) segurança: conhecimento e cortesia dos funcionários e sua capacidade de transmitir confiança, segurança e confidencialidade; e
- e) empatia: caracterizada pelo interesse, a atenção personalizada aos pacientes (PEREIRA, 2013).

A utilização da escala SERVQUAL possibilita aos serviços o levantamento de pontos críticos do atendimento, bem como tem a possibilidade planejar estratégias e monitorar as ações voltadas à melhoria (ALBUQUERQUE, 2012; PEREIRA, 2013).

Ressaltamos que neste estudo não será abordado o domínio empatia, sendo alvo de uma investigação posterior.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram inseridos em planilha do programa *Microsoft Excel*, digitados por dupla entrada e submetidos à validação. Após, foram importados para o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 16.0 para realização de análises estatísticas.

Os dados foram submetidos à análise exploratória, por meio de distribuição de frequências absolutas e percentuais para variáveis qualitativas, enquanto que para variáveis quantitativas, foram utilizadas medidas de centralidade (média, mediana e posto médio) e dispersão (desvio padrão, valor máximo e valor mínimo). Para comparação entre os escores de expectativa e percepção, bem como, a satisfação dos domínios com o escore geral, adotou-se teste t de Student para amostras independentes. A análise bivariada de variáveis quantitativas, considerando o escore de satisfação como o desfecho, utilizou a correlação de Pearson. O escore de satisfação geral obtido na escala SERVQUAL é obtido através da fórmula:

$$ESC = \frac{\sum P_i - E_i}{n_i}$$

Esc = Escore de satisfação

P= Percepção

E= Expectativa

N= Número de questões

As variáveis de estudo foram submetidas à análise bivariada e, para a comparação dos escores de satisfação dos domínios e do geral com as variáveis categóricas foi utilizado teste T de Student (quando observado desvio de normalidade). A análise bivariada de variáveis quantitativas observando como desfecho o escore de satisfação utilizou a correlação de Pearson.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O projeto obedeceu à Resolução 466/12 e foi submetido ao CEP-UFTM o qual foi aprovado sob o número de protocolo 42874515400005154. As participantes do estudo foram identificadas como números e suas identidades e informações pessoais foram resguardadas. As participantes menores de idade foram abordadas pela pesquisadora e receberam todas as orientações referentes à pesquisa, bem como seu responsável legal. Ressalta-se que tal procedimento de abordagem foi cuidadosamente realizado com as participantes menores e maiores de idade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Os resultados apresentados a seguir caracterizam as participantes do estudo quanto aos dados sociodemográficos, (instituição em que foi realizado o pré-natal, faixa etária, situação conjugal, grau de escolaridade, anos de estudo, renda familiar, ocupação exercida pela participante) e antecedentes obstétricos (tipo de parto atual, quantidade de gestações anteriores, quantidade de partos anteriores, quantidade de partos naturais, cesarianas, partos a fórceps e abortos prévios e quantidade de consultas pré-natais realizadas até o momento da entrevista).

Do total de participantes do estudo, 55 pacientes (53,9%) realizaram acompanhamento pré-natal no Hospital 1 e 47 pacientes (46,1%) realizaram o pré-natal no Hospital 2, totalizando 102 participantes.

Quanto à idade, observou-se que a faixa etária predominante foi de mulheres jovens entre 18 e 30 anos, totalizando 66 (64,7%) participantes, enquanto que as menores de idade corresponderam a 10 (9,9%) participantes do total de entrevistadas, encontrando-se na faixa etária entre 14 e 17 anos. A média de idade verificada foi de 25,38 anos, com mínima de 14 anos e máxima de 45 anos. Os achados deste estudo vão ao encontro do observado em uma pesquisa realizada no estado da Bahia com o objetivo de identificar conhecimentos e práticas em aleitamento materno, que evidenciou maioria de mulheres (72%) entrevistadas entre 18 e 34 anos de idade (SANTANA; BRITO; DOS SANTOS, 2013). Ainda sobre este item, Esteves et al. (2015) relataram que 74,1% das entrevistadas encontravam-se na faixa etária de 20 anos ou mais, evidenciando assim, predomínio de gestações em mulheres adultas jovens. Ressalta-se que a literatura evidencia que nos últimos 40 anos houve queda na taxa de fecundidade entre mulheres em geral, porém quando analisada a faixa etária de adolescentes, a taxa aumentou em torno de 26% a partir dos anos 90 (BRASIL, 2006).

A Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, que retratou os ciclos de vida do Brasil e grandes regiões, revelou que entre as mulheres de 18 a 49 anos de idade, 69,2% já ficaram grávidas pelo menos uma vez. Ao analisar os dados regionais, nota-se que a região sudeste encontra-se abaixo da média nacional (66,1%), já as regiões

nordeste e norte apresentam valores superiores, 72,9% e 73,6% respectivamente (PNS, 2015).

A situação conjugal das entrevistadas demonstrou maior parte de mulheres em união estável referida (n= 39; 38,2%) ou casadas (n= 35; 34,3%). Os achados vão ao encontro dos dados disponíveis na literatura, demonstrando maioria de mulheres casadas ou em união estável quando indagadas sobre suas situações conjugais (CICUTO; BELISÁRIO; TAVARES, 2012; SANTANA; BRITO; DOS SANTOS, 2013; MOURA et al., 2014). A situação conjugal de mulheres em um estudo ocorrido na cidade do Rio de Janeiro é classificada em “viver com o companheiro”, totalizando 74,9% e “não viver com o companheiro”, com 25,1%, dados que também corroboram o demonstrado na atual investigação (ESTEVES et al., 2015).

A variável grau de escolaridade mostrou que 29 (28,4%) entrevistadas possuem segundo grau incompleto, seguidas por 27 (26,5%) participantes que concluíram o segundo grau. Destaca-se que apenas duas (2,0%) participantes possuem formação universitária completa e 11 (10,8%) possuem formação universitária em curso. Ao confrontar os dados com a literatura disponível, os achados deste estudo encontram-se divergentes quando comparados à investigação realizada na Bahia, que evidenciou maior parte das mulheres com ensino fundamental completo (SANTANA; BRITO; DOS SANTOS, 2013).

Analisando a quantidade de anos completos de estudo, observa-se que a maior parte, 56 (54,9%) participantes possuem de 8 a 11 anos de estudo, em segundo lugar, 33 (32,4%) participantes possuem até 11 anos de estudo, e por fim apenas 13 (12,7%) entrevistadas possuem mais de 11 anos de estudo.

Comparando as informações, constata-se semelhança com os dados de pesquisa realizada em hospitais do SUS no município do Rio de Janeiro, que sinalizou que a maioria das mulheres entrevistadas apresentam oito anos ou mais de estudo (ESTEVES et al., 2015). Em contrapartida, um inquérito que objetivou conhecer a satisfação de mulheres relativa ao parto em um hospital de ensino de São José do Rio Preto - SP com 200 mulheres revelou que 72,5% das entrevistadas possuíam mais de 11 anos de estudo (CICUTO; BELISÁRIO; TAVARES, 2012). Esses dados reforçam a conjuntura de melhor escolaridade na região sudeste quando comparada ao nordeste. Sabe-se que o grau de escolaridade materno é um fator que influencia nas práticas e comportamentos de saúde, interferindo inclusive

na prática do aleitamento materno, no exercício do autocuidado e até mesmo no grau de satisfação com o atendimento vivenciado no cotidiano em saúde (CAVALCANTI et al., 2015; LEITE et al. 2014). Dados pertencentes à Pesquisa Nacional de Saúde (2013) constataram que a ocorrência da primeira gravidez é influenciada pelo nível de instrução da mulher, sendo 21 anos a média de idade da primeira gestação (PNS, 2015).

A análise da renda familiar referida pelas participantes do estudo evidenciou que a maior parte das entrevistadas informou que a renda familiar encontra-se entre um e dois salários (n= 42, 41,2%). A renda familiar entre dois e três salários mínimos foi citada por 26 (25,5%) entrevistadas já a renda de até um salário mínimo foi referida por 18 participantes (17,6%). Apenas uma (1%) participante relatou ter renda familiar entre cinco e dez salários mínimos, enquanto sete (6,9%) entrevistadas não sabiam dizer a renda familiar com a qual vivem. Analisando esta informação, o predomínio de renda maior que um salário foi citado por 54% das mulheres entrevistadas em um estudo realizado em 2013, corroborando o encontrado neste estudo. Já ao avaliar a renda de até um salário mínimo, a pesquisa citada anteriormente encontrou dados superiores ao do presente estudo, concentrando 46% de mulheres entrevistadas nesta faixa de renda familiar (SANTANA; BRITO; DOS SANTOS, 2013). Constata-se portanto, que a utilização dos serviços de saúde pública no Brasil se dá principalmente por populações de baixa renda financeira (LEITE et al., 2014). Em fevereiro de 2015, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística divulgou a renda domiciliar per capita do Brasil e segmentada por estados, revelando um valor de R\$1128,00 per capita para o estado de Minas Gerais e de R\$ 1113,00 para o país. (IBGE, 2015).

Tabela 1 – Características sócio-demográficas das participantes da pesquisa. N=102. Uberaba – MG 2015.

Variável		n	%
Instituição	Hospital 1	55	53,9
	Hospital 2	47	46,1
Faixa etária	14 a 17 anos	10	9,9
	18 a 30 anos	66	64,7
	31 a 45 anos	26	25,6
Situação conjugal	Solteira	27	26,5
	Casada	35	34,3
	Divorciada	1	1,0
	União Estável	39	38,2
Grau de escolaridade	1º grau incompleto	11	10,8
	1º grau completo	22	21,6
	2º grau incompleto	29	28,4
	2º grau completo	27	26,5
	3º grau incompleto	11	10,8
	3º grau completo	2	2,0
Anos de estudo	Até 8 anos de estudo	33	32,4
	De 8 a 11 anos de estudo	56	54,9
	Mais de 11 anos de estudo	13	12,7
Renda familiar	Até 1 salário	18	17,6
	De 1 a 2 salários	42	41,2
	De 2 a 3 salários	26	25,5
	De 3 a 4 salários	8	7,8
	De 5 a 10 salários	1	1,0
	Não sabe dizer	7	6,9

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora (2015).

A distribuição de ocupações exercidas pelas mulheres participantes do estudo é mostrada na tabela 2 onde se aferiu maior ocorrência de duas ocupações. Um número expressivo de mulheres relatou não possuir vínculo empregatício externo ao domicílio, sendo 'do lar' (n=43; 42,2%) ou estarem desempregadas no momento (n=6; 5,9%), totalizando 48,1% de mulheres sem atividade remunerada. Já a segunda ocupação mais referida faz menção a ser estudante, correspondendo a 13 (12,7%) entrevistadas neste estudo. Estudo publicado em 2010, realizado no estado de São Paulo, encontrou que 50,8% das mulheres participantes exerciam atividade remunerada, valor inferior ao encontrado no presente estudo (ODININO; GUIRARDELLO, 2010). Um estudo realizado no Rio de Janeiro que buscou avaliar o pré-natal oferecido, bem como a satisfação com o atendimento, evidenciou que a maior parte das entrevistadas em questão não exercia atividade remunerada, reforçando as estatísticas encontradas anteriormente (VETTORE et al. 2013).

Tabela 2 – Distribuição de ocupações exercidas pelas participantes. N=102. Uberaba – MG 2015.

Ocupação	n	%
Agente comunitária de saúde	1	1,0
Assessoria contábil	1	1,0
Autônoma	3	2,9
Auxiliar de manutenção	1	1,0
Auxiliar Administrativo	3	2,9
Auxiliar de cozinha	1	1,0
Auxiliar de produção	2	2,0
Auxiliar de serviços gerais	3	2,9
Babá	2	2,0
Balconista	2	2,0
Comerciante	2	2,0
Costureira	1	1,0
Cuidadora	1	1,0
Desempregada	6	5,9
Do lar	43	42,2
Doméstica	1	1,0
Estudante	13	12,7
Manicure	4	3,9
Mototaxista	1	1,0
Operadora de produção	1	1,0
Operadora de Telemarketing	3	2,9
Operadora em usina	1	1,0
Vendedora	4	3,9
Técnica de enfermagem	1	1,0
Técnica laboratorial	1	1,0

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora (2015).

5.2 CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

Os dados a seguir oferecem um panorama acerca da caracterização da população estudada no que diz respeito aos antecedentes obstétricos. Obteve-se maior quantidade de partos normais quando comparado às cesarianas, sendo 70 (68,6%) partos normais e 32 (31,4%) cesarianas. Ao comparar esta variável com os dados disponíveis na literatura, é possível encontrar dados que reforçam esta estatística, como os de Vettore et al.(2015) e Esteves et al.(2015), que encontraram prevalência de 59,1% e 67,8% de partos normais, respectivamente. Evidências contrárias são apresentadas quando foi identificado predomínio de 81,5% de mulheres que se submeteram a cesáreas em estudo realizado no estado de São Paulo em 2012 (CICUTO; BELISÁRIO; TAVARES, 2012). Fatos como os expostos acima demonstram que apesar do incentivo do Ministério da Saúde em divulgar e apoiar o parto normal, realidades de predomínio do parto cirúrgico ainda se fazem presentes na atualidade. A OMS considera como ideal que a quantidade de

cesáreas fique em torno de 10% não ultrapassando 15%, sendo realizadas apenas em casos de indicação médica. Este fato se fortalece à medida em que as evidências científicas não mostram benefícios à mãe e ao bebê quando as porcentagens de cesárea encontram-se maiores que 15% (OMS, 2015).

Quando avaliado o número de gestações anteriores, observou-se que a média foi de 0,93, com quantidade máxima igual a seis ($dp=1,171$). A maior parcela das mulheres entrevistadas era de primigestas, ($n=47$; 46,1%), seguidas por mulheres que apresentavam ao menos uma gestação anterior ($n=29$; 28,4%). Um estudo também realizado no município de Uberaba - MG em um dos referidos hospitais deste estudo, encontrou 37,3% de primigestas, enquanto 62,7% representavam mulheres que eram multigestas, dados divergentes da pesquisa atual (MAEDA, et al., 2014).

Ao avaliar o histórico da quantidade de partos prévios à gestação atual, a maioria relatou nunca ter vivenciado a experiência do parto ($n= 53$; 52%), seguidas pelas mulheres que já tiveram ao menos um parto anterior ($n=30$; 29,4%). A média encontrada foi de 0,74 enquanto a quantidade máxima de partos anteriores verificada foi igual a cinco ($dp=0,954$). A prevalência de primíparas também é citada em outros estudos da literatura, reforçando os dados da investigação atual (SANTANA; BRITO; DOS SANTOS, 2013; MAEDA, et al., 2014; ESTEVES et al., 2015).

Quanto à variável tipo de parto anterior, os achados mostram que houve superioridade de cesáreas quando comparado à ocorrência de partos normais, ao se levantar os dados referentes ao tipo de parto anterior mais frequente nas mulheres que já vivenciaram a experiência da maternidade. Um total de 21 (20,6%) mulheres citou ser a cesárea o tipo de parto anterior mais frequente, com ocorrência máxima de três ($média=0,37$; $dp=0,659$), enquanto 16 mulheres (15,7%) relataram terem sido submetidas a partos normais previamente, sendo a quantidade máxima citada nos resultados, de cinco partos vaginais ($média=0,36$; $dp=0,806$). Atualmente, de acordo com Brasil (2012), é possível que uma mulher realize a tentativa de um parto vaginal após ter sido submetida à cesárea se ela não apresentar as seguintes contra-indicações:

Cesariana clássica prévia ou cicatriz uterina em T invertido; Histerotomia ou miomectomia prévia entrando na cavidade uterina; Rotura uterina prévia;

Presença de contraindicação ao trabalho de parto como placenta prévia ou apresentação fetal anômala (BRASIL, 2012, p.)

A ocorrência de partos normais ocorridos no Brasil em 2012 e 2013 mostrou que 45,3% das mulheres tiveram seus filhos por esta via, com as maiores porcentagens encontradas no Norte e Nordeste, além de apresentar relação de ocorrência deste tipo de parto com as mulheres de menor grau de escolaridade (PNS, 2015).

O parto tipo fórceps foi citado apenas por uma entrevistada, sendo que a mesma referiu ter sido submetida a esta técnica em dois momentos de sua vida. Evidências disponíveis na literatura mostram declínio deste tipo de parto com o passar dos anos devido à modernização das condutas médicas, destacando-se a valorização e aumento do número de cesáreas realizadas cada vez mais nos hospitais (FARIA; SAYD, 2013).

A ocorrência de abortos prévios também foi investigada e os achados mostram que a grande maioria das entrevistadas (n=89; 87,3%) relatou nunca ter apresentado episódios de abortamento (média=0,18). As entrevistadas que referiram ao menos um abortamento espontâneo em sua vida somaram dez (9,8%) participantes com ocorrência máxima de três abortos espontâneos por paciente em dois casos distintos. O abortamento é definido pela interrupção da gravidez que ocorre antes da 22ª semana gestacional, subdividindo-se em precoce (ocorrendo até a 13ª semana) e tardio (entre a 13ª e a 22ª semana). Dos tipos de abortamentos, foram levantados dados referentes à ocorrência de abortos espontâneos, que são caracterizados por perdas involuntárias da gestação (BRASIL, 2011). Segundo dados estatísticos, o abortamento espontâneo pode ocorrer em 10% a 15% das gestações (BRASIL, 2011). Estudo recente realizado em Uberaba - MG obteve dados que superam as estatísticas encontradas nesta realidade, mostrando que 22,3% das mulheres informaram terem sofrido de um a três abortos durante sua vida (MAEDA et al., 2014). Informações da PNS (2015) mostram que 15,2% das mulheres entre 15 e 49 anos relataram ter tido ao menos um aborto em suas vidas, concentrando os maiores índices nas regiões Nordeste e Norte do país. A pesquisa mostrou ainda que os maiores índices de abortamentos espontâneos estão ligados ao grau de instrução materno, com as maiores porcentagens vinculadas às mulheres com menor instrução.

O levantamento do número de consultas pré-natal realizadas pelas gestantes evidenciou que 58 (56,8%) mulheres realizaram até seis consultas pré-natais e 44

realizaram mais de seis consultas, ultrapassando o ideal preconizado pelo Ministério da Saúde, que é de pelo menos seis consultas durante a gestação, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre de gestação, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre (BRASIL, 2006). A média encontrada foi de 6,45 consultas, também superior ao mínimo recomendado, sendo que a maior quantidade verificada foi de 15 consultas e a menor quantidade de duas consultas. Comparando os dados, verifica-se similaridade com os achados de Maeda et al., (2014) que constatou que 55,9% das pacientes realizaram de 7 a 12 consultas e 8,3% realizaram mais de 12 consultas. Tal fato também é observado em outro estudo que evidenciou que 77,1% das participantes haviam realizado mais de seis consultas durante o pré-natal (ESTEVES et al., 2015). Achados contrários são mostrados em um estudo de 2013, quando 87,5% das entrevistadas realizaram menos de sete consultas durante o pré-natal (SANTANA; BRITO; SANTOS, 2013). A PNS 2015 constatou que 97,4% das mulheres que tiveram seus partos no período correspondente à coleta de dados da pesquisa, realizaram pré-natal, apontando que a cobertura pré-natal no Brasil vem sendo efetiva.

Tabela 3- Características obstétricas das participantes da pesquisa. N=102. Uberaba – MG 2015.

Variável		N	%
Tipo de parto atual	Parto Normal	70	68,6
	Parto Cesárea	32	31,4
Nº de gestações anteriores	0	47	46,1
	1	29	28,4
	2	19	18,6
	3	4	3,9
	5	2	2,0
	6	1	1,0
Quantidade de partos anteriores	0	53	52,0
	1	30	29,4
	2	14	13,7
	3	4	3,9
	5	1	1,0
Partos normais anteriores	0	78	76,5
	1	16	15,7
	2	5	4,9
	3	2	2,0
	5	1	1,0
Partos cesárea anteriores	0	73	71,6
	1	21	20,6
	2	7	6,9
	3	1	1,0
Partos fórceps anteriores	0	101	99,0
	2	1	1,0
Abortos anteriores	0	89	87,3
	1	10	9,8
	2	1	1,0
	3	2	2,0
Número de consultas pré natal	Até 6 consultas	58	56,8
	Mais de 6 consultas	44	43,2

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora (2015).

5.3 DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS POR DIMENSÃO DO QUESTIONÁRIO DE EXPECTATIVAS

Com relação à avaliação da expectativa referente ao primeiro domínio, tangibilidade, observou-se que, no geral, a maior parte das respostas concentrou-se em “concordo plenamente”, e o segundo lugar foi ocupado pela resposta “concordo”. Esse achado demonstra que as mulheres entrevistadas possuem alta expectativa referente à estrutura física, equipamentos disponíveis e estrutura em geral oferecida pelo hospital em que fazem o acompanhamento.

Ao observar os resultados do segundo item do domínio tangibilidade (as instalações físicas do hospital devem ser visualmente bonitas e agradáveis), notou-se que quase 24% das entrevistadas demonstrou neutralidade quanto ao julgamento do item, demonstrando que embora a maior parte das entrevistadas atribua grande importância a este detalhe, a aparência física do local não é um fator determinante para a avaliação do serviço para este grupo.

Destaca-se que quase 73% das entrevistadas consideram fundamental que o hospital possua equipamentos conservados e modernos, questionamento apresentado no item um, retratando a visão de que a tecnologia é de fato crucial para o bom atendimento.

Quando questionadas a respeito da aparência dos colaboradores os quais prestam assistência, item correspondente à questão três, as entrevistadas responderam totalmente de maneira positiva, evidenciando a realidade de que a aparência é levada em conta na perspectiva de satisfação do cliente.

O item quatro (os relatórios e demais documentos entregues ao paciente devem ser de fácil compreensão e visualmente atrativos) obteve 74,5% das respostas como “concordo plenamente”, refletindo a relevância que as entrevistadas atribuem à clareza de informações que lhe são expostas. Este item pode estar ligado ao fato de que mais da metade das entrevistadas não chegou ao ensino superior, podendo mostrar uma maior necessidade em obter informações detalhadas através de documentos de fácil assimilação e visualização.

A tabela 4 ilustra a frequência de respostas aos itens relacionados às expectativas, referentes à tangibilidade.

Tabela 4 - Distribuição da frequência de respostas aos itens relacionados à 'expectativa', referentes à dimensão tangibilidade. Uberaba-MG, Brasil, 2015.

Tangibilidade	DP N (%)	D N (%)	QD N (%)	NEUTRO N (%)	QC N (%)	C N (%)	CP N (%)
1- O hospital deve ter equipamentos conservados e modernos	-	1 (1,0)	-	1 (1,0)	2 (2,0)	24 (23,5)	74 (72,5)
2-As instalações físicas do hospital devem ser visualmente bonitas e agradáveis.	4 (3,9)	7 (6,9)	2 (2,0)	8 (7,8)	16 (15,7)	26 (25,5)	39 (38,2)
3-A equipe* do hospital deve ter aparência e trajes bem cuidados, de acordo com as características do ambiente de trabalho.	-	-	-	-	4 (3,9)	22 (21,6)	76 (74,5)
4-Os relatórios e demais documentos entregues ao paciente devem ser de fácil compreensão e visualmente atrativos.	-	1 (1,0)	-	2 (2,0)	3 (2,9)	20 (19,6)	76 (74,5)

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora (2015). Legenda: DP- "Discordo plenamente"; D- "Discordo"; QD- "Quase discordo"; QC- "Quase concordo", C- "Concordo"; CD- "Concordo Plenamente".

Por sua vez, a expectativa relacionada ao domínio confiabilidade apresentou a frequência de respostas conforme ilustra a tabela 5 a seguir:

Tabela 5 - Distribuição da frequência de respostas aos itens relacionados à 'expectativa', referentes à dimensão confiabilidade. Uberaba-MG, Brasil, 2015.

Confiabilidade	DP N (%)	D N (%)	QD N (%)	NEUTRO N (%)	QC N (%)	C N (%)	CP N (%)
5- O hospital deve realizar suas atividades na hora marcada	1 (1,0)	-	3 (2,9)	1 (1,0)	9 (8,8)	26 (25,5)	62 (60,8)
6- O hospital deve demonstrar interesse sincero em resolver os problemas do paciente	1 (1,0)	-	-	-	2 (2,0)	11 (10,8)	88 (86,3)
7-O hospital deve executar os serviços e procedimentos de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho	-	-	-	2 (2,0)	13 (12,7)	23 (22,5)	64 (62,7)
8-O hospital deve prestar seus serviços no prazo de execução permitido	-	1 (1,0)	-	-	5 (4,9)	27 (26,5)	69 (67,6)
9- O hospital deve apresentar relatórios, documentos e informações sobre o paciente sem erros	-	-	-	-	1 (1,0)	10 (9,8)	91 (89,2)

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora (2015). Legenda: DP- "Discordo plenamente"; D-

“Discordo”; QD- “Quase discordo”; QC- “Quase concordo”, C- “Concordo”; CD- “Concordo Plenamente”.

Diante dos resultados podemos observar que a maior parte das respostas concentrou-se em “concordo” e “concordo plenamente”, conferindo alta expectativa referente à dimensão confiabilidade. Este dado é reforçado quando observamos que apenas 5,9% das respostas apresentaram conotação negativa e somente 3% das entrevistadas responderam com neutralidade aos itens do instrumento. Portanto, a população em estudo espera fortemente que o hospital ofereça o serviço de maneira precisa e competente.

Entre os itens de destaque, a questão seis evidenciou mais de 85% das respostas (n=88) com elevada expectativa, revelando que a grande maioria das entrevistadas espera que a equipe do hospital demonstre interesse em resolver seus problemas, atuando de forma a oferecer um ambiente de cooperação e confiança.

A questão de número nove (o hospital deve apresentar relatórios, documentos e informações sobre o paciente sem erros) revelou que quase 90% das entrevistadas julgaram ser de extrema relevância que as informações referentes à paciente fossem registradas com perícia e exatidão a fim de evitar equívocos.

Em relação à dimensão responsividade, as pacientes entrevistadas também apresentaram alta expectativa. A maior parcela dos itens respondidos foi “concordo” e “concordo plenamente”, realidade reforçada pela questão 12 (no hospital, a equipe deve procurar ajudar seus pacientes), que contabilizou 77,5% de respostas “concordo plenamente”. Este dado reflete que as pacientes esperam que a assistência prestada no ambiente hospitalar seja feita de maneira a auxiliá-las no momento da internação, oferecendo apoio e suporte efetuando as atividades de maneira ágil.

O total de expectativas negativas somou 11,8% das respostas, denotando que há itens referentes à responsividade que não são considerados primordiais para o alcance da satisfação para uma pequena parcela de entrevistadas, como nos casos demonstrados na questão 10 (no hospital, a equipe deve informar aos pacientes com exatidão quando os serviços serão executados) e 13 (no hospital, a equipe deve estar disponível para atender aos pedidos do paciente). Esses achados podem sugerir que existe certo grau de compreensão por parte deste pequeno grupo quanto à rotina dos serviços, que pode por vezes dificultar a oferta de previsões

quanto ao tempo para realização dos serviços e disponibilidade para atender às solicitações dos pacientes.

Os dados referentes às respostas quanto às expectativas da dimensão responsividade são apresentados na tabela 6 a seguir.

Tabela 6- Distribuição da frequência de respostas aos itens relacionados à 'expectativa', referentes à dimensão responsividade. Uberaba-MG, Brasil, 2015.

Responsividade	DP	D	QD	NEUTRO	QC	C	CP
	N	N	N	N	N	N	N
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
10- No hospital a equipe deve informar aos pacientes com exatidão quando os serviços serão executados	-	3	2	5	2	15	75
	-	(2,9)	(2,0)	(4,9)	(2,0)	(14,7)	(73,5)
11- No hospital, a equipe deve atender prontamente seus pacientes	-	-	-	3	7	21	71
	-	-	-	(2,9)	(6,9)	(20,6)	(69,6)
12- No hospital, a equipe deve procurar ajudar seus pacientes	-	1	-	-	1	21	79
	-	(1,0)	-	-	(1,0)	(20,6)	(77,5)
13- No hospital, a equipe deve estar disponível para atender aos pedidos do paciente	1	3	2	5	20	23	48
	(1,0)	(2,9)	(2,0)	(4,9)	(19,6)	(22,5)	(47,1)

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora (2015). Legenda: DP- "Discordo plenamente"; D- "Discordo"; QD- "Quase discordo"; QC- "Quase concordo", C- "Concordo"; CD- "Concordo Plenamente".

Os resultados correspondentes ao item "Segurança", mostram a notória relevância do tema para as entrevistadas. Todos os itens do domínio obtiveram mais de 84% de respostas "concordo plenamente", demonstrando que o conceito de segurança possui grande importância na avaliação dos serviços. Ressalta-se que a questão 15 (pacientes do hospital devem sentir-se seguros em utilizar os seus serviços) não apresentou nenhuma avaliação negativa ou neutra, reforçando a alta expectativa quanto à segurança agregada ao ambiente hospitalar.

Outro item que apresentou elevada expectativa é interrogado na questão 17, fazendo menção ao fato de que as participantes esperam que a equipe saiba responder aos questionamentos a ela direcionados, obtendo respostas claras que reflitam o comprometimento com o trabalho que está sendo realizado, dado de grande relevância para 87,3% das entrevistadas.

De maneira semelhante, a questão 14 (no hospital, o comportamento da equipe deve transmitir confiança aos pacientes), também mostrou elevada

expectativa, demonstrando que a postura da equipe perante os pacientes deve refletir confiança e, conseqüentemente, segurança.

Os dados apresentados na tabela 7 delinham as respostas referentes às questões voltadas à segurança.

Tabela 7- Distribuição da frequência de respostas aos itens relacionados à 'expectativa', referentes à dimensão segurança. Uberaba-MG, Brasil, 2015.

Segurança	DP N (%)	D N (%)	QD N (%)	NEUTRO N (%)	QC N (%)	C N (%)	CP N (%)
14- No hospital, o comportamento da equipe deve transmitir confiança aos pacientes	- -	- -	1 (1,0)	- -	2 (2,0)	11 (10,8)	88 (86,3)
15- Pacientes do hospital devem sentir-se seguros em utilizar os seus serviços	- -	- -	- -	- -	- -	11 (10,8)	91 (89,2)
16- No hospital, a equipe deve ser educada e cortês com os seus pacientes	1 (1,0)	- -	- -	2 (2,0)	3 (2,9)	10 (9,8)	86 (84,3)
17- No hospital, a equipe deve ter conhecimento adequado para responder às perguntas dos pacientes	1 (1,0)	- -	- -	- -	4 (3,9)	8 (7,8)	89 (87,3)

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora (2015). Legenda: DP- "Discordo plenamente"; D- "Discordo"; QD- "Quase discordo"; QC- "Quase concordo", C- "Concordo"; CD- "Concordo Plenamente".

Com a finalidade de encontrar uma base referente à expectativa da qualidade geral ponderada pelas mulheres entrevistadas, a questão final do instrumento buscou traduzir a real perspectiva das mulheres quanto ao atendimento vivenciado.

Conforme mostra a tabela 8, a visão geral é de 99% das participantes do estudo vislumbrando que o atendimento vivenciado no parto seja satisfatório. Este número carrega consigo o reflexo da grande expectativa com a qualidade e satisfação a que as instituições que prestam os serviços às gestantes estão sujeitas, fato que pode ser reforçado pela ocorrência da maioria de respostas positivas em todos os domínios do instrumento utilizado para verificação dos dados.

Observa-se na tabela abaixo a frequência de respostas obtidas para a avaliação da expectativa referente à qualidade.

Tabela 8 - Distribuição da frequência de respostas quanto à avaliação da expectativa das entrevistadas, referente à qualidade geral do atendimento. Uberaba-MG, Brasil, 2015.

Qualidade Geral	DP	D	QD	NEUTRO	QC	C	CP
	N	N	N	N	N	N	N
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
23- No hospital, a qualidade geral do atendimento ao parto deve ser satisfatória	-	-	1 (1,0)	-	1 (1,0)	5 (4,9)	95 (93,1)

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora (2015). Legenda: DP- “Discordo plenamente”; D- “Discordo”; QD- “Quase discordo”; QC- “Quase concordo”, C- “Concordo”; CD- “Concordo Plenamente”.

Ao analisar de maneira geral os escores referentes à expectativa, verificou-se que a expectativa quanto a qualidade geral do atendimento obteve média igual a 6,890 ($s=0,486$). Quando verificadas as médias correspondentes aos domínios em avaliação, constata-se que a maior média correspondeu à expectativa do domínio segurança ($x=6,803$, $s=0,499$) e a menor foi referente à tangibilidade ($x=6,382$, $s=0,658$), conforme ilustra a tabela 9 a seguir.

Tabela 9 – Avaliação da expectativa por domínios. Uberaba-MG, Brasil, 2015.

Domínio	x	md	s
Tangibilidade	6,382	6,50	0,658
Confiabilidade	6,617	6,80	0,507
Responsividade	6,421	6,50	0,712
Segurança	6,803	7,00	0,499
Qualidade Geral	6,890	7,00	0,486

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora (2015). Legenda: x=média; md=mediana, s=desvio padrão.

5.4 DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS POR DIMENSÃO DO QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÕES

Após verificar as expectativas, foi analisada a percepção do atendimento ao parto vivenciado nos hospitais um e dois. De maneira semelhante ao que foi constatado no primeiro momento, obteve-se maioria de respostas “concordo” e “concordo plenamente” para todos os domínios em estudo.

Ao quantificar as respostas referentes ao domínio tangibilidade, obtiveram-se os resultados apresentados na tabela 10. Foi verificada maior frequência de

respostas positivas, o que confirma que, de forma geral, os serviços em avaliação corresponderam às expectativas das entrevistadas. No comparativo entre expectativas e percepções, destaca-se o item dois (as instalações físicas do hospital foram visualmente bonitas e agradáveis), que não mais apresentou respostas negativas, refletindo que de fato a aparência física dos hospitais agradou as participantes do estudo e influenciou na opinião sobre o item.

Outro item que apresentou discreto destaque foi o item quatro (os relatórios e demais documentos entregues ao paciente foram de fácil compreensão e visualmente atrativos), com 82,4% das respostas “concordo plenamente” e nenhuma percepção negativa, levando-nos a pensar que a disponibilização de informações claras e práticas interferiram na opinião das participantes.

Tabela 10 - Distribuição da frequência de respostas aos itens relacionados à ‘percepção’, referentes à dimensão tangibilidade. Uberaba-MG, Brasil, 2015.

Tangibilidade	DP	D	QD	NEUTRO	QC	C	CP
	N	N	N	N	N	N	n
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
1- O hospital teve equipamentos conservados e modernos	-	-	1	-	2	23	76
	-	-	(1,0)	-	(2,0)	(22,5)	(74,5)
2-As instalações físicas do hospital foram visualmente bonitas e agradáveis.	-	-	-	1	6	20	75
	-	-	-	(1,0)	(5,9)	(19,6)	(73,5)
3-A equipe do hospital teve aparência e trajas bem cuidados, de acordo com as características do ambiente de trabalho.	-	-	1	-	-	19	82
	-	-	(1,)	-	-	(18,6)	(80,4)
4-Os relatórios e demais documentos entregues ao paciente foram de fácil compreensão e visualmente atrativos.	-	-	-	2	-	16	84
	-	-	-	(2,0)	-	(15,7)	(82,4)

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora (2015). Legenda: DP- “Discordo plenamente”; D- “Discordo”; QD- “Quase discordo”; QC- “Quase concordo”, C- “Concordo”; CD- “Concordo Plenamente”.

A confiabilidade, quesito avaliado em segundo lugar no instrumento, permaneceu com a maioria de respostas positivas, porém apresentou acréscimo ou ocorrência de qualificações negativas em todos os itens investigados, como é o caso de maior destaque, item sete (o hospital executou os serviços e procedimentos de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho) que não apresentava respostas negativas e passou a exibir 8,8%, correspondendo a nove entrevistadas que não qualificaram positivamente o item. Esse episódio somado a relatos verbais

das entrevistadas quanto à coletas repetidas de exames, remarcação de consultas devido a erros, desaparecimento de laudos de exames, dentre outros, correlaciona-se à presente estatística desfavorável.

É importante destacar que a questão nove (o hospital apresentou relatórios, documentos e informações sobre o paciente sem erros), reuniu 93 das 102 entrevistadas atribuindo a resposta “concordo plenamente” ao questionamento, refletindo de maneira positiva que as informações necessárias ao registro da paciente foram executadas de maneira correta na maior parte dos casos.

Quando questionadas sobre a pontualidade referente às atividades realizadas pelo hospital, investigada na questão cinco, quase 6% das entrevistadas respondeu de maneira negativa, mostrando que fatores relacionados ao tempo de espera, influenciaram, mesmo que discretamente, parcela de mulheres entrevistadas.

A tabela 11 mostra os resultados dos itens referentes à percepção da confiabilidade.

Tabela 11 - Distribuição da frequência de respostas aos itens relacionados à ‘percepção’, referentes à dimensão confiabilidade. Uberaba-MG, Brasil, 2015.

Confiabilidade	DP	D	QD	NEUTRO	QC	C	CP
	N	N	N	N	N	N	N
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
5- O hospital realizou suas atividades na hora marcada	-	6	-	2	10	19	65
	-	(5,9)	-	(2,0)	(9,8)	(18,6)	(63,7)
6- O hospital demonstrou interesse sincero em resolver os problemas do paciente.	-	1	1	2	8	18	72
	-	(1,0)	(1,0)	(2,0)	(7,8)	(17,6)	(70,6)
7-O hospital executou os serviços e procedimentos de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho.	-	8	1	3	-	12	78
	-	(7,8)	(1,0)	(2,9)	-	(11,8)	(76,5)
8-O hospital prestou seus serviços no prazo de execução permitido.	-	3	1	1	-	20	77
	-	(2,9)	(1,0)	(1,0)	-	(19,6)	(75,5)
9- O hospital apresentou relatórios, documentos e informações sobre o paciente sem erros.	-	2	-	-	1	6	93
	-	(2,0)	-	-	(1,0)	(5,9)	(91,2)

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora (2015). Legenda: DP- “Discordo plenamente”; D- “Discordo”; QD- “Quase discordo”; QC- “Quase concordo”, C- “Concordo”; CD- “Concordo Plenamente”.

A percepção sobre a responsividade também foi estudada, constatando que assim como nos achados anteriores, a maioria das respostas concentrou-se em

“concordo plenamente” e “concordo”, porém com algumas ressalvas. O item 10 (no hospital a equipe informou aos pacientes com exatidão quando os serviços seriam executados) apresentou maior quantidade de itens de conotação negativa quando comparado à expectativa para o mesmo item, o que pode mostrar insatisfação por uma parcela de entrevistadas. Este achado sugere que a oferta de previsão de espera para atendimento ou procedimentos influenciou a percepção das entrevistadas. Em contraponto, o item 13 (no hospital, a equipe deve estar disponível para atender aos pedidos do paciente) apresentou menor quantidade de opiniões de caráter negativo quando comparado às expectativas, o que pode sugerir certo grau de satisfação referente à disponibilidade da equipe ao prestar a assistência.

Os dados respectivos à investigação da percepção dos itens da dimensão responsividade são apresentados na tabela 12.

Tabela 12 - Distribuição da frequência de respostas aos itens relacionados à ‘percepção’, referentes à dimensão responsividade. Uberaba-MG, Brasil, 2015.

Responsividade	DP	D	QD	NEUTRO	QC	C	CP
	N	N	N	N	N	N	N
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
10- No hospital a equipe informou aos pacientes com exatidão quando os serviços seriam executados	1 (1,0)	7 (6,9)	- -	4 (3,9)	5 (4,9)	20 (19,6)	65 (63,7)
11- No hospital, a equipe atendeu prontamente seus pacientes	- -	2 (2,0)	- -	3 (2,9)	1 (1,0)	14 (13,7)	82 (80,4)
12- No hospital, a equipe procurou ajudar seus pacientes	- -	1 (1,0)	- -	2 (2,0)	3 (2,9)	14 (13,7)	82 (80,4)
13- No hospital, a equipe esteve disponível para atender aos pedidos do paciente	- -	3 (2,9)	- -	2 (2,0)	8 (7,8)	14 (13,7)	75 (73,5)

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora (2015). Legenda: DP- “Discordo plenamente”; D- “Discordo”; QD- “Quase discordo”; QC- “Quase concordo”, C- “Concordo”; CD- “Concordo Plenamente”.

Ao analisar a percepção da segurança pelas entrevistadas, nota-se similaridade aos demais achados: a tendência de avaliações positivas como um todo para o quesito em avaliação. É necessário fazer algumas ressalvas, pois foram observadas avaliações negativas, como no caso da questão 14 (no hospital, o comportamento da equipe transmitiu confiança aos pacientes), sugerindo que o

desempenho da equipe foi falho em algum evento, influenciando no julgamento do assunto. Contudo, mesmo com as esporádicas negativas, as participantes possuem boa referência a respeito desta dimensão, pois é soberana a predominância das respostas positivas.

As respostas das participantes quanto ao domínio segurança é apresentada na tabela 13 a seguir.

Tabela 13 - Distribuição da frequência de respostas aos itens relacionados à 'percepção', referentes à dimensão segurança. Uberaba-MG, Brasil, 2015.

Segurança	DP	D	QD	NEUTRO	QC	C	CP
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
14- No hospital, o comportamento da equipe transmitiu confiança aos pacientes	-	3 (2,9)	1 (1,0)	2 (2,0)	3 (2,9)	10 (9,8)	83 (81,4)
15- Pacientes do hospital sentiram-se seguros em utilizar os seus serviços	-	-	-	-	2 (2,0)	12 (11,8)	88 (86,3)
16- No hospital, a equipe foi educada e cortês com os seus pacientes	-	-	3 (2,9)	2 (2,0)	1 (1,0)	10 (9,8)	86 (84,3)
17- No hospital, a equipe teve conhecimento adequado para responder às perguntas dos pacientes	-	-	-	1 (1,0)	3 (2,9)	11 (10,8)	87 (85,3)

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora (2015). Legenda: DP- "Discordo plenamente"; D- "Discordo"; QD- "Quase discordo"; QC- "Quase concordo", C- "Concordo"; CD- "Concordo Plenamente".

Por fim, buscou-se conhecer a percepção das entrevistadas sobre a qualidade geral. A opinião geral resultante do questionamento mostrou satisfação, apesar de uma opinião negativa e outra com neutralidade, e evidenciou similaridade à expectativa geral, suscitando que houve satisfação com o atendimento.

A frequência de respostas é mostrada na tabela 14.

Tabela 14 - Distribuição da frequência de respostas quanto à avaliação da 'percepção' das entrevistadas, referente à qualidade geral do atendimento. Uberaba-MG, Brasil, 2015.

Qualidade Geral	DP	D	QD	NEUTRO	QC	C	CP
	N	N	N	N	N	N	N
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
23- No hospital, a qualidade geral do atendimento ao parto foi satisfatória	-	1 (1,0)	-	1 (1,0)	4 (3,9)	15 (14,7)	81 (79,4)

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora (2015). Legenda: DP- "Discordo plenamente"; D- "Discordo"; QD- "Quase discordo"; QC- "Quase concordo", C- "Concordo"; CD- "Concordo Plenamente".

Ao analisar de maneira geral os escores referentes à percepção, verificou-se que a percepção da qualidade geral do atendimento obteve média igual a 6,700 ($s=0,742$). Quando verificadas as médias correspondentes aos domínios em avaliação, constata-se que a maior média correspondeu à percepção do domínio segurança ($x=6,803$, $s=0,499$) e a menor foi referente à responsividade ($x=6,421$, $s=0,712$), conforme ilustra a tabela 15 a seguir.

Tabela 15 – Avaliação da percepção por domínios. Uberaba-MG, Brasil, 2015.

Domínio	x	md	s
Tangibilidade	6,727	7,00	0,422
Confiabilidade	6,617	6,80	0,507
Responsividade	6,421	6,50	0,712
Segurança	6,803	7,00	0,499
Qualidade geral	6,700	7,00	0,742

Fonte: Dados coletados na pesquisa (2015). Legenda: x=média; md=mediana, s=desvio padrão.

5.5 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS REFERENTES AOS ESCORES E DIMENSÕES DO QUESTIONÁRIO SERVQUAL, ATRAVÉS DE MÉDIA, MEDIANA E DESVIO PADRÃO.

A fim de realizar a análise descritiva das variáveis quantitativas, foram utilizadas medidas de tendência central e de posição média (\bar{x}), mediana (md) e desvio padrão (s).

A metodologia empregada no instrumento SERVQUAL possibilita a aferição das expectativas e percepções e proporciona que os gestores possam elencar as prioridades e promover mudanças de acordo com o feedback (GARRARD; NARAYAN, 2013). Alguns autores afirmam que a escala SERVQUAL adaptada é capaz de atingir o objetivo de verificação de satisfação ou insatisfação com o atendimento recebido através da análise do valor do *gap* entre percepções e expectativas (HERCOS; BEREZOVSKY, 2006).

Quanto ao primeiro domínio, tangibilidade, os dados obtidos retrataram que a média dos itens referentes à expectativa variou entre 5,54 ($s=1,710$) e 6,71 ($s=0,537$) e a média geral da expectativa referente à tangibilidade foi de 6,385. Ainda que a expectativa referente à tangibilidade tenha sido evidenciada como neutra a satisfatória, não se pode considerá-la um item de menor relevância por parte das entrevistadas.

Um estudo realizado em Campina Grande - PB verificou a menor pontuação média referente à expectativa quanto ao domínio tangibilidade (ALBUQUERQUE, 2012). Ao analisar o estudo de Garrard e Narayan (2013), realizado em um hospital no Reino Unido, também adotando a metodologia SERVQUAL, observou-se que o domínio menos valorado foi a tangibilidade, dados que se opõem ao constatado no presente estudo. Outro estudo, realizado com o público de um serviço oftalmológico ambulatorial do SUS em Belo Horizonte – MG revelou que aspectos voltados à tangibilidade foram considerados de menor importância quando comparados a outros domínios da escala (HERCOS; BEREZOVSKY, 2006), também divergindo dos atuais achados.

Normalmente, os aspectos qualificados negativamente para os hospitais públicos são relacionados aos suprimentos e equipamentos e também àqueles referentes aos elementos interpessoais (KARKEE; LEE; POKHAREL, 2014).

A percepção sobre o domínio tangibilidade mostrou médias que variaram entre 6,66 (s=0637) e 6,78 (s=0538), com média geral de 6,72. Ponderando as informações anteriormente citadas, pode-se dizer que a percepção foi considerada positiva pelas entrevistadas, significando boa avaliação dos fatores relacionados à ambientação, aparelhagem, recursos humanos e recursos de tecnologia.

Ao confrontar os achados com as evidências disponíveis na literatura, verificou-se que um estudo realizado em São Paulo - SP obteve como resultados qualificações ótimas ou boas quanto ao local da internação pesquisado, somando mais de 85% dos usuários do serviço, enquanto apenas 3,3% julgaram ruins ou péssimas as instalações destinadas à internação. A mesma pesquisa averiguou o mesmo item sob a ótica de puérperas, ao observar as respostas relativas à percepção da avaliação do local, 83,6% consideraram excelentes ou boas as instalações físicas em que se deu o atendimento, evidenciando satisfação com a tangibilidade (MASSUIA; MENDES; CECILIO, 2012).

Conforme a literatura, fatores relacionados ao parto, como evoluções satisfatórias da dinâmica uterina bem como aqueles relacionados à estrutura física, como aparência do hospital, influenciam no desfecho da satisfação e da qualidade, corroborando os dados deste estudo (CICUTO; BELISÁRIO; TAVARES, 2012).

Pereira (2013) encontrou dados que constataram que a tangibilidade foi o indicador com pior desempenho, em seu estudo realizado em Campina Grande – PB, ao mesmo tempo em que ocupou o posto de domínio de menor importância segundo os entrevistados. De um modo geral, observou-se que o público apresentou-se insatisfeito principalmente levado pela influência desse domínio. Tais dados opõem-se ao constatado na presente pesquisa.

Pesquisa publicada em 2014 comparou hospitais públicos e privados do Nepal, retratando que os aspectos relacionados à ambientação, limpeza do ambiente e organização do hospital público foram classificados como inferiores quando comparados às instituições privadas. As mulheres entrevistadas relataram escassez de equipamentos bem como de profissionais preparados e disponíveis a prestar assistência de qualidade. Nesta realidade, pôde-se ainda encontrar os menores escores relacionados à acomodação, qualidade da água, privacidade da paciente e disponibilização de informação (KARKEE; LEE; POKHAREL, 2014). Já Garrard e Narayan (2013) delimitaram como pontos fortes as instalações físicas,

cortesia da equipe e respeito à privacidade das pacientes no estudo realizado no Reino Unido. O antagonismo presente entre as duas realidades pode estar relacionado às singularidades existentes em cada país, bem como o grau de desenvolvimento em que se encontram as políticas destinadas à saúde pública.

Outro estudo sugere que a utilização de metodologias auxiliares pode contribuir para a percepção de satisfação quanto ao parto, ao passo que não apenas tecnologias modernas são de fato imprescindíveis para a avaliação positiva do serviço (SILVA, 2011).

Segundo a literatura, os aspectos que interferem na baixa percepção acerca do domínio tangibilidade estão relacionados à conservação da estrutura física, aparência dos funcionários, higiene do ambiente dentre outros (PEREIRA, 2013).

Ao explorar o *gap*, efeito da diferença entre percepção e expectativa, e consequentemente indicativo de satisfação ou insatisfação, nota-se que a variação das médias para os itens se deu entre -1,50 e 2,5. A média geral do *gap* da dimensão tangibilidade foi de 0,345($s=0,9123$), e indicou discreta satisfação por parte das entrevistadas, mais acentuada quando observamos a questão dois “as instalações físicas do hospital foram visualmente bonitas e agradáveis”, mostrando que de fato a aparência e ambientação influenciam no julgamento e percepção de satisfação de um cliente.

A seguir, a tabela 16 ilustra os referidos dados.

Tabela 16 – Desempenho dos itens da dimensão tangibilidade da escala SERVQUAL por meio de média, mediana e desvio padrão. Uberaba-MG, Brasil, 2015.

Dimensão/Itens	Expectativa			Percepção			GAP	
	x	md	s	x	md	S	x	s
Tangibilidade								
1- O hospital deve ter equipamentos conservados e modernos	6,65	7,00	0,726	6,70	7,0	0,610	0,490	0,860
2- As instalações físicas do hospital devem ser visualmente bonitas e agradáveis.	5,54	6,00	1,710	6,66	7,00	0,637	1,117	1,672
3- A equipe do hospital deve ter aparência e trajas bem cuidados, de acordo com as características do ambiente de trabalho.	6,71	7,00	0,537	6,77	7,0	0,543	0,686	0,774
4- Os relatórios e demais documentos entregues ao paciente devem ser de fácil compreensão e visualmente atrativos.	6,64	7,00	0,781	6,78	7,0	0,538	0,147	0,958
Média Tangibilidade	6,38	6,50	0,658	6,72	7,0	0,422	0,345	0,705

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora (2015). Legenda: x=média; md= mediana, s= desvio padrão.

Ao analisar a dimensão confiabilidade, constatou-se que a média dos itens referentes à expectativa oscilou entre 6,36 (s=1,060) e 6,88 (s=0,353) com média geral igual a 6,61. Nota-se, a partir do exposto, elevada expectativa referente à confiabilidade, revelando alta preocupação com fatos relacionados à garantia e agilidade na prestação de serviços e da assistência à paciente.

Sabe-se que a qualidade dos serviços sofre influencia da motivação de seus funcionários, traduzida em suas atitudes ao se relacionarem com o público, ou seja, os pacientes, sendo um processo crescente, passando de funcionários para departamentos, e de departamentos para o todo (ALBUQUERQUE, 2012).

Ao comparar os resultados com um estudo realizado no município de Uberaba - MG, utilizando a ferramenta SERVQUAL, foi observado que os pacientes entrevistados relataram baixa condescendência referente a erros por parte da equipe, corroborando os achados deste estudo (TIRONES, 2010).

Em outra realidade, notou-se que, embora com pequena diferença, o domínio de maior importância aferida foi a confiabilidade (GARRARD; NARAYAN, 2013).

A percepção da dimensão confiabilidade também foi mensurada, obtendo-se médias que variaram de 6,26 ($s=1,304$) a 6,82 ($s=0,750$), próxima da pontuação máxima, sendo que a média geral da percepção da referida dimensão foi de 6,512.

Segundo Tirones (2010), embora a manutenção de avaliações positivas tenha sido verificada como predominante, ainda assim, a confiança obteve casos de qualificações negativas, evento semelhante ao verificado no presente estudo.

Ao avaliar a importância de cada domínio da escala SERVQUAL em dois estudos realizados na Paraíba, verificou-se que a confiabilidade foi considerada como o mais importante pela maioria dos entrevistados e ocupou a posição de segundo melhor domínio no que diz respeito à satisfação. Fatores relacionados à não cumprimento de horários e prazos foram responsáveis por fazer deste domínio o segundo melhor sob a percepção dos usuários (ALBUQUERQUE, 2012; PEREIRA, 2013).

Pode-se dizer que a confiança é adjacente à segurança, já que é através da confiança que o cliente verá refletida a segurança que espera da equipe (AGHAMOLAEI et al, 2014).

O domínio que demonstrou maior insatisfação para os pacientes atendidos no serviço ambulatorial de oftalmologia de Belo Horizonte - MG correspondeu à confiabilidade, sendo que os participantes mostraram-se insatisfeitos principalmente no que tange ao cumprimento de horários (HERCOS; BEREZOVSKY, 2006).

As evidências citadas na pesquisa de Karkee, Lee e Pokharel (2014) atestam que posturas pouco disponíveis adotadas pelos responsáveis na prestação dos serviços afetam a assistência oferecida à mulher nos eventos relacionados ao parto. No comparativo da qualidade referida antes e após o parto, as mulheres entrevistadas relataram que o cuidado não era tão ruim como esperado. Alguns fatores levam ao prejuízo da expectativa com o atendimento em instituições públicas, como altas taxas de ocupação de leitos, número limitado de profissionais e carga de trabalho excessiva. Tais fatores acabam por prejudicar posturas profissionais direcionadas ao respeito e cuidado ao cliente, colaborando para o desempenho inferior observado nos hospitais públicos (KARKEE; LEE; POKHAREL, 2014).

A média do *gap* verificada para a confiabilidade foi aproximadamente igual a zero, denotando que não houve diferença marcante referente à experiência do

atendimento vivenciado no SUS, traduzindo neutralidade no julgamento das entrevistadas. É importante frisar, conforme a tabela 17 que embora tenha sido observado predomínio de altos escores referentes às médias, quase todos os itens mostraram insatisfação ainda que discreta, com apenas um item aproximadamente neutro. Aponta-se que o item seis (o hospital deve demonstrar interesse sincero em resolver os problemas do paciente) demonstrou a maior insatisfação dentre os demais, traduzindo que, mesmo de forma modesta, a experiência vivenciada nas instituições estudadas não correspondeu ao esperado no que diz respeito à disponibilidade em auxiliar na resolução de problemas.

Consultando outras literaturas disponíveis, observou-se que a confiabilidade foi considerada o domínio de maior déficit, necessitando de intervenções direcionadas a este fim para que se possa melhorar a qualidade dos serviços. Salieta-se que constatações como essas são possíveis através da busca ativa por informações diretamente com os usuários dos serviços, refletindo exatamente os pontos de maior prioridade para melhorias (HERCOS; BEREZOVSKY, 2006).

Tabela 17 - Desempenho dos itens da dimensão confiabilidade da escala SERVQUAL por meio de média, mediana e desvio padrão. Uberaba-MG, Brasil, 2015.

Dimensão/Itens	Expectativa			Percepção			GAP		
	x	md	s	x	md	S	x	s	
Confiabilidade									
5- O hospital deve realizar suas atividades na hora marcada	6,36	7,00	1,060	6,26	7,00	1,304	-0,980	1,595	
6- O hospital deve demonstrar interesse sincero em resolver os problemas do paciente	6,79	7,00	0,708	6,52	7,00	0,920	-0,274	1,100	
7- O hospital deve executar os serviços e procedimentos de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho	6,46	7,00	0,792	6,36	7,00	1,454	-0,098	1,625	
8- O hospital deve prestar seus serviços no prazo de execução permitido	6,59	7,00	0,736	6,60	7,00	0,988	0,009	1,173	
9- O hospital deve apresentar relatórios, documentos e informações sobre o paciente sem erros.	6,88	7,00	0,353	6,82	7,00	0,750	-0,588	0,842	
Média Confiabilidade	6,61	6,80	0,507	6,61	6,80	0,507	0,00	0,000	

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora (2015). Legenda: x=média; md= mediana, s= desvio padrão.

Ao aprofundar a análise referente ao domínio responsividade, os dados apresentam-se conforme a tabela 18 a seguir.

Tabela 18 - Desempenho dos itens da dimensão responsividade da escala SERVQUAL por meio de média, mediana e desvio padrão. Uberaba-MG, Brasil, 2015.

Dimensão/Itens	Expectativa			Percepção			GAP	
	x	md	s	x	md	S	x	s
Responsividade								
10- No hospital a equipe deve informar aos pacientes com exatidão quando os serviços serão executados	6,44	7,00	1,191	6,19	7,00	1,474	-0,254	1,896
11- No hospital, a equipe deve atender prontamente seus pacientes	6,57	7,00	0,751	6,66	7,00	0,906	0,088	1,152
12- No hospital, a equipe deve procurar ajudar seus pacientes	6,73	7,00	0,647	6,70	7,00	0,768	-0,029	1,028
13- No hospital, a equipe deve estar disponível para atender aos pedidos do paciente	5,95	6,00	1,330	6,50	7,0	1,060	0,549	1,558
Média Responsividade	6,42	6,50	0,712	6,42	6,50	0,712	0,00	0,000

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora (2015). Legenda: x=média; md= mediana, s= desvio padrão.

Nota-se que as médias verificadas para expectativas variaram de 5,95 (s=1,330) e 6,73 (s=0,647) apontando desde neutralidade até expectativas elevadas. Ao quantificar a média geral para a expectativa referente a este domínio, obteve-se 6,42, valor que se aproxima da maior média contabilizada neste cenário.

No universo de estudo composto por gestantes e puérperas, sabe-se que alguns fatores interpessoais acabam por influenciar o julgamento de eventos que culminam na avaliação de qualidade e satisfação. Um fator de interferência descrito na literatura que atua sobre a avaliação de satisfação referida por mulheres quanto ao atendimento ao parto, refere-se à ocorrência de dor. Este fator, embora não seja foco do inquérito em questão, acaba por influenciar a impressão quanto ao atendimento. Neste caso, a utilização de estratégias não farmacológicas para manejo da dor e a presença de um acompanhante conferem segurança e tranquilidade à paciente, favorecendo avaliações positivas (CICUTO; BELISARIO;

TAVARES, 2012). A partir disso, pode-se inferir que as ações voltadas à humanização promovidas pela equipe constituem-se importantes adjuvantes na prática em saúde voltada à população obstétrica.

O estudo desenvolvido por Tirones (2010) encontrou dados semelhantes à presente investigação, demonstrando que a maioria das respostas foi caracterizada por altos níveis de expectativa, contando inclusive com ausência de pontuações negativas ou neutras.

Cabe ainda ressaltar que a realidade da saúde brasileira difere em múltiplos pontos de outros países, porém, ao confrontar os dados com um estudo internacional, verificou-se equivalência de dados referentes à responsividade, sendo este domínio o responsável pela mais alta expectativa dentre os demais domínios em investigação (AGHAMOLAEI et al, 2014).

No Reino Unido, os pacientes responderam com baixa expectativa referente à apresentação da equipe ao paciente e quanto ao respeito à privacidade, achados que vão à contraposição aos descritos no atual estudo (GARRARD; NARAYAN; 2013).

Paralelamente, examinando a percepção quanto ao domínio em análise, encontrou-se a menor média igual a 6,19 ($s=1,474$) e maior média de 6,70 ($s=0,768$), neste caso, com ocorrência de maiores escores, aproximando-se do valor da nota máxima. Detectou-se que a média geral para a percepção da dimensão em questão foi de 6,51.

Um estudo evidenciou que a responsividade, juntamente com a tangibilidade, foram os domínios considerados de menor importância numa escala de prioridades quando comparados aos outros domínios (HERCOS; BEREZOVSKY, 2006).

Ao consultar as evidências disponíveis, obtiveram-se os menores desempenhos referentes à satisfação com a lavagem de mãos dos profissionais e ao atendimento imediato e sincero para resolução de problemas (GARRARD; NARAYAN, 2013).

Em estudo realizado com a população usuária do SUS, no estado de São Paulo, a equipe médica foi considerada ótima por mais de 70% dos entrevistados e relacionado à enfermagem, foi verificado que quase 65% consideram ótima a equipe responsável pela prestação do cuidado. Delimitando a avaliação aos partos, ressalta-se que 84,1% das entrevistadas avaliaram como excelente ou boa a equipe

de profissionais que as atenderam durante a internação obstétrica. O estudo ainda ressalta que fatores ligados ao acolhimento, oferta de orientações e existência de horário de visitas foram considerados dados satisfatórios com escores ótimos ou bons elevados, podendo demonstrar que houve alcance das expectativas referentes aos quesitos em estudo (MASSUIA; MENDES; CECÍLIO, 2012).

Ao vivenciar a experiência da internação para o parto, sentimentos de insegurança, medo e vulnerabilidade podem surgir em meio às sensações da mulher. Sabe-se que alguns fatores são levados em conta pela ótica das mulheres ao opinar sobre um serviço, tais como cortesia e competência dos profissionais responsáveis pela assistência. Dados disponíveis na literatura demonstram que a presença de pessoas dispostas a auxiliar e fornecer apoio favorecem a tranquilidade e segurança das mulheres (ODININO; GUIARDELLO, 2010).

A média geral do *gap* referente à dimensão responsividade também demonstrou neutralidade, ou seja, não houve grande diferença entre a experiência vivenciada e a desejada, refletindo que as mulheres entrevistadas vivenciaram algo próximo ao esperado por elas. Já no estudo de Pereira (2013), dentre os domínios avaliados no estudo, a responsividade atingiu a melhor pontuação dentre os demais, demonstrando que os participantes da pesquisa encontraram-se satisfeitos quanto ao atendimento recebido.

O panorama geral mostrou certo equilíbrio referente aos *gaps* dos itens, apresentando dois itens com ligeira satisfação e outros dois com discreta insatisfação. Um dos itens de maior realce corresponde à questão dez (no hospital a equipe deve informar aos pacientes com exatidão quando os serviços serão executados), com ocorrência de tênue insatisfação, detectando que a oferta de informações referentes ao tempo de espera nem sempre foi fornecida conforme a expectativa, promovendo queda no nível de satisfação das entrevistadas. Paralelamente à leve insatisfação, verificou-se sutil satisfação a respeito da disponibilidade da equipe em atender às solicitações das entrevistadas mediante as demandas, quesito avaliado através da questão de número 13 (no hospital, a equipe deve estar disponível para atender aos pedidos do paciente).

A análise do domínio “segurança” permitiu afirmar que as médias verificadas para expectativas variaram de 6,73 ($s=0,822$) e 6,89 ($s=0,312$), com média geral igual a 6,80 ($s=0,499$), demonstrando elevadas expectativas referentes à segurança.

Analisando os dados disponíveis na literatura, comprova-se a realidade exposta nesta investigação, a de que a dimensão segurança é superestimada, apresentando altas expectativas da população usuária dos serviços hospitalares (TIRONES, 2010; ALBUQUERQUE, 2012).

Segundo Albuquerque (2012, p. 183):

“A expectativa entre os pacientes é a segurança que eles serão atendidos por uma equipe capacitada e competente, que os tratará profissional e eficientemente, e que os procedimentos corretos serão adotados desde o início. Portanto, quanto maior o nível de segurança fornecida pela equipe do hospital, maior será o nível de satisfação do paciente”.

Em outra literatura, dados demonstram que os escores pontuados significativamente entre expectativas e percepções foram referentes à estrutura física e polidez da equipe do local pesquisado, denotando que a postura da equipe no tratamento com o paciente constitui-se de um fator de relevância para formulação do conceito de qualidade e satisfação (GARRARD; NARAYAN, 2013).

Quando um indivíduo se vê frente a uma situação de desequilíbrio de saúde, enfrenta sensações permeadas por medo, insegurança, ansiedade, que acabam por ampliar a visão do paciente direcionada aos aspectos da assistência. Vários autores referem em consonância que o setor de serviços de saúde difere dos demais no que toca à avaliação, pois, origina-se da vivência do cliente no momento pontual em que depende da assistência. O cenário em que o paciente se encontra inserido, somado ao contexto emocional vigente, acaba por deixá-lo emocionalmente susceptível a avaliações levadas pelas circunstâncias (ALBUQUERQUE, 2012).

Referente às percepções relativas à segurança detectadas pelo estudo, obteve-se valores que variaram de 6,6 ($s=1,065$) a 6,84 ($s=0,416$) com média geral igual a 6,8 ($s=0,499$). Observa-se que houve manutenção dos escores, denotando certa neutralidade quanto ao julgamento entre o que foi esperado e o que foi vivenciado.

A literatura demonstra que os aspectos ligados à segurança foram considerados os mais importantes quando avaliado um serviço. Alguns estudos concluíram que os indicadores “segurança” e “confiabilidade” foram vistos como os mais importantes pela maior parte dos participantes, sendo também responsáveis pelos menores índices de insatisfação e protagonistas no processo de avaliação da qualidade dos serviços (HERCOS; BEREZOVSKY, 2006; ALBUQUERQUE, 2012).

Ao comparar os achados, determinada pesquisa encontrou os menores escores relacionados ao campo da participação ativa da mulher no processo de tomada de decisão e quanto ao esclarecimento sobre os riscos relacionados à saúde do cliente. Os pontos falhos, mesmo que discretamente, concentraram-se nos itens referentes a responder prontamente e sinceramente às preocupações dos pacientes, comunicação dos riscos à saúde e pouco envolvimento da mulher no processo de tomada de decisão (GARRARD; NARAYAN, 2013). Esses dados demonstram que a preocupação com a segurança e oferta de informações necessárias a melhor compreensão da situação vigente constituem-se de itens apreciados por pacientes para definição de julgamentos de valor correspondentes a satisfação ou insatisfação referente ao atendimento.

É possível notar em estudos disponíveis na literatura, ocorrências referentes à postura dos profissionais de saúde que, por vezes, assumem condutas despersonalizadas e indelicadas motivadas por solicitações dos pacientes. Na realidade da assistência hospitalar pública, pode-se considerar ainda o agravante da estabilidade do setor público que confere certo comodismo ao componente da equipe, que, por vezes, não assume a mesma conduta frente ao campo de trabalho privado. Uma autora sugere que o ponto chave para a compreensão deste evento leva em conta fatores intrínsecos ao cliente, como a perda da individualidade aderida ao fato de estar internado (ALBUQUERQUE, 2012).

Aliando-se a situação de hospitalização às vivências prévias de internação hospitalar tem-se um embate entre expectativas e superação de possibilidades, tornando ainda mais desafiadora a tarefa de alcançar a satisfação dos clientes.

Na análise do *gap* referente ao domínio “segurança”, verificou-se neutralidade ao ser aferido valor igual a zero. O valor do *gap* reflete que de certa forma as expectativas foram atingidas, não necessariamente denotando satisfação.

Referente à segurança, o estudo desenvolvido em Campina Grande – PB constatou que a segurança foi um dos domínios de maior importância atribuída na opinião dos participantes do estudo, sendo ainda bem avaliado pelo público em questão, refletindo satisfação (PEREIRA, 2013).

Tabela 19- Desempenho dos itens da dimensão segurança da escala SERVQUAL por meio de média, mediana e desvio padrão. Uberaba-MG, Brasil, 2015.

Dimensão/Itens	Expectativa			Percepção			GAP		
	x	md	s	x	md	S	x	s	
Segurança									
14- No hospital, o comportamento da equipe deve transmitir confiança aos pacientes	6,81	7,00	0,558	6,60	7,00	1,065	-0,215	1,247	
15- Pacientes do hospital devem sentir-se seguros em utilizar os seus serviços	6,89	7,00	0,312	6,84	7,00	0,416	-0,049	0,514	
16- No hospital, a equipe deve ser educada e cortês com os seus pacientes	6,73	7,00	0,822	6,71	7,00	0,839	-0,019	1,160	
17- No hospital, a equipe deve ter conhecimento adequado para responder às perguntas dos pacientes	6,78	7,00	0,740	6,80	7,00	0,527	0,019	0,911	
Média Segurança	6,80	7,00	0,499	6,80	7,00	0,499	0,00	0,000	

Fonte: Dados coletados na pesquisa (2015). Legenda: x=média; md= mediana, s= desvio padrão.

Ao analisar a tabela 20, que retrata o desfecho sobre a qualidade geral, observa-se como se deu o reflexo da opinião das mulheres referente ao serviço prestado. Foi constatada discreta insatisfação com o serviço, dado que se comprova pela média negativa do *gap* ($x=-0,196$), que demonstra que a experiência vivenciada foi levemente inferior à expectativa quanto ao atendimento.

Pode-se inferir que pequenas diferenças entre percepções e expectativas podem sugerir que o serviço em avaliação está próximo do ideal. Certa autora sugere que fatores relacionados à gerência pouco qualificada, mando político, burocracias exacerbadas e uso indevido de recursos acabam por afetar a qualidade dos hospitais públicos, refletindo no atendimento à população (ALBUQUERQUE, 2012).

Os dados obtidos na pesquisa de Tirones (2010) corroboram os achados do presente estudo, demonstrando que houve maioria de respostas positivas configurando alta expectativa para a qualidade do atendimento.

Outro autor, comparando a realidade entre a saúde hospitalar pública e privada, concluiu que os hospitais públicos apresentam escores para qualidade que

diferem significativamente, para pior, quando comparado aos hospitais privados e filantrópicos. Todos os domínios em estudo foram pontuados com as menores médias na avaliação do serviço público, concluindo que o nível de satisfação é de fato influenciado pela natureza do hospital (ALBURQUERQUE, 2012).

Sabe-se que a apreciação das impressões dos pacientes quanto aos serviços constituem-se como norteadoras para a avaliação e planejamento sistemático por parte dos gestores, subsidiando ações embasadas nas percepções dos clientes (MASSUIA; MENDES; CECÍLIO, 2012).

A avaliação do cliente quanto ao serviço se dará a partir da vivência do atendimento e da experiência baseada no atendimento atual. No estudo realizado por Albuquerque (2012), foi verificado predomínio de lacunas nas dimensões em estudo, com percepções sempre inferiores às expectativas. Alguns autores concordam que a satisfação é resultante de vários fatores perceptíveis pela clientela somados às experiências prévias que tenha vivenciado, e, com isso, ressalta-se que as ações direcionadas às lacunas de fato geradoras de insatisfação são os temas chave para intervenção por parte das gestões especializadas em administrar os serviços (ALBUQUERQUE, 2012; PEREIRA, 2013).

Estudo realizado no Irã detectou que mais da metade dos entrevistados considerou a qualidade do serviço como mediana, sendo que quase 97% considerou que todos os domínios em análise possuem alguma importância. Neste estudo percebeu-se que em todos os domínios analisados os participantes possuíam expectativas superiores às percepções, o que traduz certa insatisfação com o atendimento recebido, dados que corroboram com os da presente investigação (AGHAMOLAEI et al, 2014).

Os grandes protagonistas da realidade vivenciada na saúde pública são os próprios usuários, capazes de auxiliar na promoção da melhoria da qualidade dos serviços, pois participam ativamente em todos os processos e atividades correspondentes ao sistema. Devem ser levadas em conta suas opiniões, anseios e sugestões, pois refletem as necessidades e pontos chave a serem observados (ALBUQUERQUE, 2012).

A pequena variação entre percepções e expectativas dificulta a generalização dos resultados podendo ser devida ao tamanho amostral reduzido (GARRARD; NARAYAN, 2013).

Tabela 20 - Desempenho do escore geral da escala SERVQUAL por meio de média, mediana e desvio padrão. Uberaba-MG, Brasil, 2015.

Dimensão/Item	Expectativa			Percepção			GAP	
	x	md	s	x	md	s	x	s
No hospital, a qualidade geral do atendimento ao parto deve ser satisfatória	6,89	7,00	0,486	6,70	7,00	0,742	-0,196	0,912

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora (2015). Legenda: x=média; md= mediana, s= desvio padrão.

5.6 CORRELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS E OS DOMÍNIOS DA ESCALA SERVQUAL

A existência de correlações estatisticamente significativas entre as variáveis de estudo e a interferência sobre os domínios da escala SERVQUAL foram investigadas.

Com a evolução das práticas em saúde relacionadas à assistência obstétrica, a hospitalização para o parto tornou-se corriqueira, trazendo consigo fatores geradores de insegurança, estresse, sensação de vulnerabilidade, decorrentes do distanciamento do ambiente domiciliar. Todos estes fatores interferem na percepção de mulheres, levando-as a formular conceitos sobre o momento vivenciado durante esta fase (ODININO; GUIRARDELLO, 2010).

Considerando o público alvo de investigação neste estudo, cabe salientar que Albuquerque (2012) verificou que os homens apresentam médias de satisfação superiores às das mulheres, fato que sugere que os homens podem ser menos exigentes e/ou observadores, conferindo às mulheres maior criticidade e nível de exigência quando comparado a eles, sendo relevante a opinião de mulheres a fim de conhecer os pontos frágeis e passíveis de melhorias nos serviços.

Para minimizar a quantidade de avaliações negativas, torna-se imprescindível a implementação da cultura de avaliação integral dos processos, vislumbrando a satisfação do cliente, bem como promover a manutenção desta metodologia a fim de que se possa executar ciclicamente a avaliação possibilitando sempre a correção de falhas (GAVILANO, 2012).

No cenário em questão, foi constatado que a idade influenciou no julgamento da expectativa referente ao domínio tangibilidade, demonstrando que à medida que a idade aumentou, cresceu a expectativa referente aos fatores ligados ao aporte físico e tecnológico das instituições. Esta associação mostrou-se estatisticamente significativa ($r=0,226$; $p=0,022$). Possivelmente, com o avançar da idade, as experiências prévias somam-se à expectativa atual, refletindo nas maiores expectativas neste grupo quando comparado às mulheres mais jovens. Quando investigada a existência de influência estatisticamente expressiva entre idade e percepção, verificou-se que não houve influência expressiva direta neste caso sobre os domínios, embora tenha seguido a linha verificada para as expectativas.

Silva, (2011) embora não tenha confirmado que a idade das entrevistadas interferiu de fato na percepção, constatou que as mulheres de maiores faixas etárias apresentaram nível de satisfação discretamente superior, dados que divergem dos encontrados atualmente.

Na associação entre o tipo de parto e os domínios da escala foi verificado que a ocorrência de cesariana influencia sobre a dimensão confiabilidade de maneira estatisticamente significativa, tanto na expectativa ($p=0,025$) como em relação à percepção ($p=0,025$), insinuando que as mulheres que foram submetidas a partos cesáreos ansiavam que os hospitais prestassem o cuidado com presteza e agilidade ao passo que aquelas submetidas a este tipo de parto avaliaram de maneira mais positiva os itens referentes à confiabilidade.

No contraponto entre o tipo de parto e a influencia sobre o item responsável por apreender expectativas e percepções quanto a qualidade geral, não foram verificadas influencias estatisticamente significativas, o que leva a crer que o tipo de parto ocorrido não interferiu na ideia total relacionada a qualidade geral.

Os escores referentes às expectativas de mulheres encontrados no estudo de Garrard e Narayan (2013) variaram menos quando comparado aos das percepções, demonstrando certa uniformidade quanto às expectativas em relação ao serviço de pré-natal e parto, traduzindo assim, que a população deste estudo ansiava por um alto padrão de atendimento e obteve algo próximo do imaginado. Noutro estudo as maiores expectativas foram associadas às entrevistadas submetidas a partos normais, sendo que as mesmas ainda referiram maiores médias de satisfação quanto ao serviço (SILVA, 2011).

Dentre as pacientes submetidas a partos naturais de um hospital público no interior do Ceará, mais de 95% apresentaram-se satisfeitas com o atendimento como um todo. Os principais fatores concentraram-se no comportamento da equipe, cortês e disponível e o ambiente hospitalar ter sido considerado higienizado e agradável (MILFONT et al, 2011).

Outra investigação, realizada em 2010, aponta que a atitude com a qual a mulher encara a experiência do parto e do nascimento interferem na percepção referente à satisfação (ODININO; GUIRARDELLO, 2010).

Embora neste estudo tenham sido observados maiores escores para a percepção de pacientes submetidas à cesárea em todos os domínios quando

comparado à parcela de mulheres submetidas a partos normais, a literatura descreve maior satisfação com o atendimento entre mulheres submetidas a partos vaginais quando comparados aos partos cirúrgicos. Algumas referências salientam que o parto normal pode estar associado aos maiores níveis de satisfação, pois que a experiência com o nascimento através do parto fisiológico proporciona a puérpera e recém-nascido, maior interação e contato logo no pós-parto imediato, oferecendo maior tranquilidade a ambos. (CICUTO; BELISARIO; TAVARES, 2012).

Embora a cesárea não proporcione vínculo tão imediato por envolver um procedimento cirúrgico, o evento verificado neste estudo vai à oposição ao discutido na literatura e pode estar ligado à necessidade que a gestante almeja em sentir-se amparada e segura no momento do parto, principalmente cirúrgico, por se tratar de um acontecimento não fisiológico e muitas vezes necessário para segurança da mãe e do bebê.

Verificou-se que no interior do Ceará, 55,3% das mulheres entrevistadas submetidas a partos naturais informaram que não existiu opção de escolha quanto ao tipo de parto a ser realizado. As mulheres relataram que a justificativa para ocorrência do parto normal era explicitada pela equipe apenas pelo fato de apresentarem condições para tal. Este estudo ressalta ainda que as mulheres não foram incentivadas a realizarem partos normais. Dentre as mulheres que realizaram parto normal por escolha, justificaram sua decisão com base na rápida recuperação, medo de cesárea em decorrência de possíveis complicações intrínsecas à cirurgia, como infecções e hemorragias (MILFONT et al, 2011).

Porém, ainda que a literatura demonstre dados favoráveis relativos à satisfação referida por mulheres, a oferta da assistência destinada a gestantes, parturientes e puérperas necessita de aperfeiçoamento no que tange às condutas direcionadas à mulher, com o objetivo de promover a participação protagonista das mulheres minimizando as intervenções desnecessárias, priorizando a assistência humanizada (CICUTO; BELISARIO; TAVARES, 2012).

A existência de relação de interferência do item paridade entre expectativas e percepções acerca dos domínios de interesse em estudo não foi detectada.

Porém, as mulheres multíparas participantes de um estudo em Lisboa, possuíram expectativas mais ponderadas quanto à satisfação quando comparadas às mulheres em sua primeira gestação. Simultaneamente, também foram atribuídos

os maiores escores para percepção neste mesmo grupo. Concluiu-se que as mulheres multíparas apresentaram grau de satisfação superior quando comparado às primíparas (SILVA, 2011).

Possivelmente, devido ao perfil amostral em questão ser pouco heterogêneo, não tenha sido possível identificar desproporções a ponto de assinalar diferenças estatisticamente significativas nesta realidade.

Ao relacionar a variável “parto normal” com a expectativa dos domínios da escala SERVQUAL obteve-se influência estatisticamente significativa nos domínios tangibilidade ($r=0,450$; $p=0,0001$), responsividade ($r=0,643$; $p=0,0001$) e confiabilidade ($r=0,611$; $p=0,0001$). Notou-se que quanto maior a quantidade de partos normais prévios, maior foi a expectativa referente aos domínios em questão. Este dado nos leva a refletir que elevadas expectativas estão sujeitas a reflexos na satisfação, pois o menor detalhe acarretará prejuízos notórios na percepção e conseqüentemente na satisfação.

Sabe-se que a oferta escassa de informações referentes ao parto vaginal promove insegurança e auxilia no incentivo e afirmação da cesárea como um procedimento corriqueiro e com riscos diminutos às pacientes (CICUTO; BELISARIO; TAVARES, 2012).

Estudo publicado em 2011 constatou que a satisfação das puérperas possui como fatores associados ao ajuste de suas expectativas, a importância agregada às instalações estruturais e a conduta dos profissionais de saúde, corroborando os achados desta pesquisa, na qual a tangibilidade e a confiabilidade também se mostraram sob influência da variável parto normal. (SILVA, 2011).

Estes dados podem refletir que as mulheres que já passaram por partos normais previamente associam seus anseios quanto à assistência baseados em experiências anteriores.

As percepções quanto à confiabilidade ($r=0,611$; $p=0,0001$) e responsividade ($r=0,643$; $p=0,0001$) também foram afetadas positivamente pela variável “parto normal”, assim como verificado no caso das expectativas. Comparativamente às expectativas, nota-se que o domínio tangibilidade não foi significativamente afetado pela ocorrência de partos normais anteriores. Este episódio pode retratar que ao vivenciar uma nova experiência de internação para o parto, a importância atribuída

aos aspectos estéticos da instituição e dos funcionários não foram tão relevantes como primeiramente.

Nota-se que um estudo desenvolvido em Lisboa- Portugal, concluiu que as mulheres que apresentaram partos normais prévios apresentaram maiores índices de satisfação com o atendimento (SILVA, 2011).

Dentre as pacientes submetidas a partos naturais na pesquisa realizada por Milfont (2011), mais de 95% apresentaram-se satisfeitas com o atendimento como um todo. Os principais fatores concentraram-se no comportamento da equipe, cortês e disponível e o ambiente hospitalar ter sido considerado higienizado e agradável.

Quanto comparados os tipos de partos realizados, um estudo realizado no âmbito público hospitalar de Maringá – PR observou-se que pacientes submetidas a partos normais apresentaram percepção quanto à qualidade estatisticamente superior quando comparadas às pacientes que realizaram partos cesáreos. Os atendimentos classificados como bons ou excelentes eram correspondentes à partos vaginais em sua maioria (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011).

Esta ocorrência pode estar relacionada ao fato de que ao já ter vivenciado a experiência do parto natural, as mulheres apresentam expectativas mais ajustadas quanto ao processo de nascimento e internação hospitalar, já que possuem noções do processo e imaginam o que podem esperar do atendimento, o que contribui para a aferição dos níveis de satisfação.

Dentre os fatores considerados satisfatórios na visão das entrevistadas em estudo realizado no Ceará, encontram-se a ambientação do local de parto, a experiência do parto, esclarecimentos dos anseios e dúvidas quando apresentados e estímulo ao vínculo mãe-bebê (MILFONT et al, 2011).

De maneira distinta ao verificado na influencia dos partos normais, não foi detectada correlação estatisticamente significativa entre a quantidade de cesáreas prévias e a expectativa e percepção quanto aos domínios do instrumento em questão. Embora não sejam notadas influências comprovadamente significativas neste item, observou-se correlação negativa quanto ao domínio responsividade quando relacionado à expectativa ($r=-0,022$; $p=0,830$) e percepção ($r=-0,022$; $p=0,830$), fatos que vão opostos ao verificado nos demais itens que obtiveram correlações positivas, embora não significativas.

Com base no exposto e tomando por base evidências disponíveis em outros estudos, pode-se inferir que o tipo de parto interfere na percepção da satisfação pela mulher (SILVA, 2011).

Observou-se percentual de cesáreas acima do preconizado em estudo realizado por Nagahama e Santiago (2011), dado que reflete a transformação do parto em ação mecanizada, tecnológica, podendo estar ligado à insatisfação das participantes desse estudo. É importante salientar que posturas ligadas à equipe multiprofissional são o ponto de partida para elaboração de percepções quanto à assistência ao parto, sendo para isso, imprescindíveis sua participação ativa e a postura colaborativa e disponível da equipe (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011).

A ocorrência de aborto espontâneo no histórico das entrevistadas apresentou influência positiva na expectativa dos domínios tangibilidade ($r=0,450$; $p=0,0001$), confiabilidade ($r=0,611$; $p=0,0001$) e responsividade ($r=0,643$; $p=0,0001$), demonstrando que a ocorrência de abortos influenciou significativamente na expectativa quanto aos domínios.

Segundo dados de Brasil (2011, p. 7):

O abortamento espontâneo ocorre em aproximadamente 10 a 15% das gestações e envolve sensações de perda, culpa pela impossibilidade de levar a gestação a termo, além de trazer complicações para o sistema reprodutivo, requerendo uma atenção técnica adequada, segura e humanizada.

Assim, pode-se dizer que a situação de fragilidade emocional acarretada pelo aborto prévio amplifica a expectativa quanto à gestação vigente.

De maneira análoga, a ocorrência de aborto espontâneo também se correlacionou positivamente com a percepção quanto à confiabilidade ($r=0,611$; $p=0,0001$) e responsividade ($r=0,643$; $p=0,0001$). Ao vivenciar a experiência do parto, a mulher pode sentir-se aliviada ao sentir-se capaz de ter levado a gestação a termo. Os domínios de constatação significativa são justamente aqueles direcionados à confiança na equipe, oferta de assistência de maneira segura e tratamento cortês e gentil. A postura do profissional ao lidar com este público deve levar em conta ações destinadas ao favorecimento da afirmação da paciente enquanto mulher a fim de incentivar posturas positivas e amenizar possíveis traços de julgamentos morais relacionados a fatos anteriores (BRASIL, 2011).

Ao buscar conhecer se a existência de companheiro apresentou interferência no julgamento de expectativas e percepções sobre os domínios, constatou-se que não foram aferidas diferenças estatisticamente significativas capazes de influir na expectativa ou percepção acerca de um ou outro domínio.

Estudo desenvolvido por Silva (2011) verificou que o suporte do companheiro se fez mais notório no grupo de mulheres de maior escolaridade, proporcionando maior auxílio aos acontecimentos referentes ao processo de internação e vivência do parto. De maneira geral, as participantes casadas apresentaram maiores escores de satisfação quando comparado às que não possuíam companheiros. Esse dado sugere que a presença de um companheiro pode de fato interferir na percepção quanto à satisfação.

Outra pesquisa evidenciou que alguns pontos referentes ao cuidado não atingiram totalidade no discurso das entrevistadas, como por exemplo, estrutura física inadequada, esclarecimentos escassos sobre a dinâmica de parto, apresentação da equipe, poder de livre decisão, presença de acompanhante no momento do parto, estímulo à deambulação precoce e realização de tricotomia quando desejo da paciente, induzindo a opinião apresentada por elas (MILFONT et al, 2011).

Destaca-se que nesta pesquisa foram verificadas as maiores médias relacionadas às pacientes que apresentavam companheiros no caso de todos os domínios em análise. Ainda que não tenha sido possível comprovar que a situação de ter ou não um companheiro seja um fator decisivo no julgamento de expectativas e percepções houve uma tendência de maioria de qualificações positivas para este grupo. Este fato demonstra que os achados deste estudo estão em consonância como proposto na literatura.

A variável grau de escolaridade foi a variável que influenciou na percepção dos domínios confiabilidade ($r=0,611$; $p=0,0001$) e responsividade ($r=0,643$; $p=0,0001$) porém não apresentou dados estatísticos significantes que demonstrassem peso na avaliação da expectativa quanto aos itens. Paralelamente, também foi verificada influência positiva nos domínios confiabilidade ($r=0,611$; $p=0,0001$) e responsividade ($r=0,643$; $p=0,0001$) quando relacionados à variável anos de estudo.

Os achados anteriores demonstram que o grau de instrução de mulheres entrevistadas foi capaz de influenciar na percepção dos domínios citados revelando que, à medida que cresce o grau de instrução, maior a percepção quanto a fatores ligados ao compromisso em oferecer o serviço de maneira eficaz e ainda a capacidade da equipe em fornecer informações e atuar de maneira disponível e sincera. Estes dados traduzem que a satisfação com a confiabilidade e responsividade foi atingida por este grupo de mulheres, que, em teoria, poderiam ser classificadas como mais exigentes, um público que se constituiria de desafio para obtenção da meta da satisfação.

Os maiores níveis de escolaridade podem ter induzido certa tendência em apresentar insatisfação com o atendimento dos pacientes do ambulatório do SUS de Belo Horizonte – MG, pois à medida que o nível de escolaridade aumentava, cresciam os relatos de insatisfação (HERCOS; BEREZOVSKY, 2006).

Contrariamente ao estudo anterior, Silva (2011) constatou que a satisfação foi mais acentuada quando avaliada por mulheres com maior grau de instrução e mostrou-se como um fator que provoca diferenças estatisticamente significativas, interferindo na expectativa quanto ao atendimento, intensificada quanto maior for o grau de escolaridade da entrevistada.

Já em outro estudo não foi observada interferência estatisticamente significativa da variável escolaridade no julgamento da qualidade do serviço (ALBUQUERQUE, 2012).

Milfont et al (2011) encontraram dados semelhantes ao do presente estudo, sugerindo que o fator escolaridade pode ter influenciado as respostas das participantes, pois, devido ao déficit de conhecimentos, podem haver incertezas e dúvidas quanto aos seus direitos enquanto mulher usuária do serviço de saúde.

Ao utilizar a escala SERVQUAL no Nepal, os aspectos interpessoais de que trata a escala apresentaram os menores índices segundo as usuárias dos hospitais públicos, demonstrando divergência quanto ao verificado no atual estudo (KARKEE; LEE; POKHAREL, 2014).

A renda influenciou de maneira positiva no julgamento da percepção dos domínios confiabilidade ($r=0,611$; $p=0,0001$) e responsividade ($r=0,643$; $p=0,0001$), não sendo observada interferência no campo das expectativas. Portanto, pode-se

dizer que dentre as mulheres participantes do estudo, à medida em que a renda aumentou, maior foi a percepção quanto aos domínios.

Autores responsáveis por um estudo desenvolvido na Grécia sugerem que existe uma tendência em associar o aumento da renda aos padrões mais elevados de qualidade, porém ressalta serem necessárias análises mais detalhadas para que se confirmem esses dados (PAPANIKOLAOU; ZYGIARIS, 2014).

O número de consultas pré-natal realizadas foi um fator que influenciou de maneira confirmatória na expectativa dos domínios, tangibilidade ($r=0,450$; $p=0,0001$), confiabilidade ($r=0,611$; $p=0,0001$), responsividade ($r=0,643$; $p=0,0001$) e segurança ($r=0,211$; $p=0,033$), ou seja, quanto maior a quantidade de consultas pré-natal, maior a expectativa quanto aos itens. Já a percepção sobre os domínios segurança ($r=0,211$; $p=0,033$), confiabilidade ($r=0,611$; $p=0,0001$) e responsividade ($r=0,643$; $p=0,0001$) foram influenciados assertivamente pela variável “número de consultas pré-natal”. Observa-se certa similaridade dentre o ocorrido, o que nos leva a pensar que a quantidade de consultas pré-natal favorece de modo geral as expectativas e percepções.

Ao mensurar a qualidade referida pelas mulheres entrevistadas antes e após o parto, constatou-se que as entrevistadas que mantiveram os locais de pré-natal e parto, demonstraram melhora no relato referente à qualidade no caso daquelas que vivenciaram o parto em instituição pública, com ênfase nos aspectos interpessoais (KARKEE; LEE; POKHAREL, 2014). Observa-se que nos casos verificados deste estudo, todas as mulheres realizaram o acompanhamento pré-natal em apenas um serviço, fato que vai de encontro ao exposto acima, corroborando as evidências disponíveis.

Dentre os benefícios da realização do pré-natal proporcionados às mulheres, encontra-se a preparação para fatos relacionados a gestação, parto e puerpério, conferindo maior confiança às pacientes e conseqüentemente menor brecha entre percepções e expectativas, apresentando maiores chances de ocorrência de satisfação (CICUTO; BELISARIO; TAVARES, 2012).

O fator “ocupação remunerada” não comprovou influência estatisticamente significativa sobre as expectativas e percepções neste estudo ($p=0,229$).

Em outra situação, uma pesquisa que detectou diferenças estatisticamente significativas em todos os *gaps* dos domínios e revelou lacunas existentes entre

percepções e expectativas, mostrou que variáveis ligadas a idade, sexo, escolaridade e ocupação remunerada não apresentaram relações estatísticas que pudessem interferir na qualidade (AGHAMOLAEI et al, 2014).

Ao buscar a existência de relações confirmatórias para influência da qualidade geral, foram realizados testes a fim de verificar se as variáveis em estudo foram capazes de influenciar de maneira positiva ou negativa no quesito que investigou expectativas e percepções referentes à “Qualidade Geral” concluindo que para o item não foram observadas interferências decisivas no desfecho.

A opinião de mulheres constitui-se de um importante artifício para promover melhorias nos serviços já que identifica conformidades e inconformidades referentes ao cuidado e ao processo como um todo (ODININO; GUIRARDELLO, 2010).

Embora estejam descritos na literatura constatações contraditórias, ao revelar que o hospital público contabiliza as menores médias para qualidade dos serviços e da assistência, ao mesmo tempo, são nestes locais em que estão concentrados a maior parcela de funcionários, e, além do mais, possuem as melhores remunerações e menores cargas horárias. Este fato pode inspirar o pensamento de que ainda que existam melhores condições de trabalho, a qualidade e a satisfação estão diretamente relacionadas à postura e iniciativa de cada funcionário que presta atendimento (ALBUQUERQUE, 2012).

Destaca-se um estudo que constatou que mais de 85% das mulheres não foram informadas sobre rotinas e procedimentos relacionados à internação sendo informadas apenas quando questionavam a equipe (MILFONT et al, 2011). Dados como esses confirmam ainda mais a necessidade da humanização da assistência ao público obstétrico, que, comprovadamente, pondera diversos pontos relativos à assistência para construir um parecer referente ao atendimento.

Alguns autores destacam que embora os aspectos tangíveis e de relacionamento interpessoal tenham sido considerados de baixa qualidade para o serviço público, é também neste serviço que se concentra o maior quantitativo de partos, fato este que conta com o reforço da reputação de boa qualidade técnica, fortemente associada aos hospitais públicos (KARKEE; LEE; POKHAREL, 2014). Já outra autora ressalta que as iniciativas ligadas à humanização do parto são de fato pontos chave para a valorização da mulher e conseqüente satisfação quanto à assistência recebida (SILVA, 2011).

6 CONCLUSÃO

Fundamentando-se na análise dos dados extraídos dos instrumentos de estudo, pode-se concluir que do total de participantes do estudo, 55 pacientes (53,9%) realizaram acompanhamento pré-natal e parto no Hospital 1 e 47 pacientes (46,1%) no Hospital 2. A faixa etária predominante foi de mulheres jovens entre 18 e 30 anos (64,7%), sendo que a média de idade verificada foi de 25,38 anos.

A maior parte das mulheres referiu união estável (38,2%) ou serem casadas (34,3%). Quanto à escolaridade, verificou-se que a maior parte (54,9%) possui de oito a 11 anos de estudo.

A análise da renda familiar referida pelas participantes do estudo evidenciou que a maior parte das entrevistadas informou que a renda familiar encontra-se entre um e dois salários mínimos (41,2%).

Um número expressivo de mulheres relatou não possuir vínculo empregatício externo ao domicílio, sendo “do lar” (42,2%) ou estarem desempregadas no momento (5,9%), totalizando 48,1% de mulheres sem atividade remunerada. Já a segunda ocupação mais referida faz menção a estudante, correspondendo a 13 entrevistadas neste estudo (12,7%).

Quanto ao tipo de parto observado na ocasião da gestação atual, obteve-se maior quantidade de partos normais quando comparado às cesáreas, sendo 70 partos normais (68,6%) e 32 cesáreas (31,4%).

Quando avaliado o número de gestações anteriores, obteve-se a média de 0,93, com quantidade máxima igual a seis ($dp=1,171$). A maior parcela das mulheres entrevistadas era primigesta (46,1%), seguidas por mulheres que apresentavam ao menos uma gestação anterior (28,4%).

Ao avaliar o histórico da quantidade de partos prévios à gestação atual, a maioria relatou nunca ter vivenciado a experiência do parto (52%), seguidas pelas mulheres que já tiveram ao menos um parto anterior (29,4%). A média encontrada foi de 0,74 enquanto a quantidade máxima de partos anteriores verificada foi igual a cinco ($dp=0,954$).

Quanto à variável tipo de parto anterior, os achados mostram que houve superioridade de cesáreas quando comparado à ocorrência de partos normais quando levantados os dados referentes ao tipo de parto anterior mais frequente nas

mulheres que já vivenciaram a experiência da maternidade. As mulheres submetidas a cesáreas prévias somaram 20,6% com ocorrência máxima de três (média=0,37; dp=0,659), enquanto 15,7% relataram terem sido submetidas a partos normais previamente, observada a quantidade máxima de cinco partos vaginais (média=0,36; dp=0,806). O parto tipo fórceps foi citado apenas por uma entrevistada.

Referente à ocorrência de abortos prévios, a grande maioria das entrevistadas (87,3%) relatou nunca ter apresentado episódios de abortamento (média=0,18). As entrevistadas que referiram ao menos um abortamento espontâneo em sua vida somaram dez participantes (9,8%) com ocorrência máxima de três abortos espontâneos por paciente em dois casos distintos.

Quanto ao número de consultas pré-natal realizadas pelas gestantes, 56,8% das mulheres realizaram até seis consultas pré-natais e 43,2% realizaram mais de seis consultas.

Ao aferir a expectativa geral das participantes com relação ao atendimento hospitalar durante o parto, obteve-se média igual a 6,89 (md=7,00; s=486), demonstrando elevada expectativa. Referente aos domínios em análise, a tangibilidade obteve média de 6,382 (md= 6,50; s=0,658), a dimensão confiabilidade obteve média igual a 6,617 (md=6,80; s=0,507); o domínio responsividade obteve média de 6,421 (md=6,50; s= 0,712) e por fim, a segurança alcançou média de 6,803 (md= 7,00; s=0,486). Verifica-se então, que a maior expectativa foi direcionada ao domínio segurança enquanto a menor expectativa correspondeu à dimensão tangibilidade.

Na análise da percepção referida pelas mulheres participantes do estudo quanto ao atendimento recebido durante o parto, obteve-se escore médio de 6,70 (md= 7,00; s= 0,742). Na avaliação dos domínios correspondente à percepção, a tangibilidade obteve média de 6,727 (md= 7,00; s=0,422), a dimensão confiabilidade obteve média igual a 6,617 (md=6,80; s=0,507); o domínio responsividade obteve média de 6,421 (md=6,50; s= 0,712) e por fim, a segurança alcançou média de 6,803 (md= 7,00; s=0,499). Verifica-se então, que a melhor percepção foi referente à segurança e o domínio de pior percepção foi caracterizado pela responsividade.

Foi possível detectar pequena insatisfação com o atendimento vivenciado através da obtenção de escores de percepção inferiores aos correspondentes às expectativas, denotando que o atendimento foi discretamente inferior ao desejado.

No geral, as avaliações quanto aos domínios permaneceram em neutralidade, demonstrando que o atendimento recebido de certa forma correspondeu ao almejado.

Foi verificada satisfação quanto ao domínio tangibilidade, demonstrada por escores de percepção superiores aos verificados nas expectativas.

Avaliando-se a importância aderida a cada dimensão pelas participantes foi notória a maior relevância associada à dimensão segurança, fato que se observa pela ocorrência da maior média para expectativas e percepções vinculadas a este domínio.

Ao buscar correlacionar as variáveis com o desfecho apresentado referente às expectativas e percepções, verificou-se que a idade influenciou no julgamento da expectativa do domínio tangibilidade, demonstrando que à medida que a idade aumentou, cresceu a expectativa referente aos fatores ligados ao aporte físico e tecnológico das instituições. Esta associação mostrou-se estatisticamente significativa ($r=0,226$; $p=0,022$).

Quanto ao tipo de parto e os domínios da escala foi verificada influência estatisticamente significativa no caso dos partos cesáreos sobre a dimensão confiabilidade, tanto na expectativa ($p=0,025$) como em relação à percepção ($p=0,025$), demonstrando que as mulheres submetidas cesarianas ansiavam que os hospitais prestassem o cuidado com presteza e agilidade, e, conseqüentemente, avaliaram de maneira mais positiva os itens referentes à confiabilidade.

Ao relacionar a variável parto normal com a expectativa dos domínios da escala SERVQUAL obteve-se influência estatisticamente significativa nos domínios tangibilidade ($r=0,450$; $p=0,0001$), responsividade ($r=0,643$; $p=0,0001$) e confiabilidade ($r=0,611$; $p=0,0001$), concluindo-se que quanto maior a quantidade de partos normais prévios, maior foi a expectativa referente aos domínios em questão.

A mesma variável também demonstrou influência estatisticamente significativa quando relacionada à percepção dos domínios confiabilidade ($r=0,611$; $p=0,0001$) e responsividade ($r=0,643$; $p=0,0001$) assim como verificado no caso das expectativas.

A ocorrência de aborto espontâneo no histórico das entrevistadas apresentou influência positiva na expectativa dos domínios tangibilidade ($r=0,450$; $p=0,0001$), confiabilidade ($r=0,611$; $p=0,0001$) e responsividade ($r=0,643$; $p=0,0001$),

demonstrando que a ocorrência de abortos influenciou significativamente na expectativa quanto aos domínios tendo ainda influenciado positivamente no campo da percepção referente aos domínios confiabilidade ($r=0,611$; $p=0,0001$) e responsividade ($r=0,643$; $p=0,0001$).

A variável grau de escolaridade influenciou na percepção dos domínios confiabilidade ($r=0,611$; $p=0,0001$) e responsividade ($r=0,643$; $p=0,0001$). Paralelamente, também foi verificada influência positiva na percepção nos domínios confiabilidade ($r=0,611$; $p=0,0001$) e responsividade ($r=0,643$; $p=0,0001$) quando relacionados à variável anos de estudo.

A renda influenciou de maneira positiva no julgamento da percepção dos domínios confiabilidade ($r=0,611$; $p=0,0001$) e responsividade ($r=0,643$; $p=0,0001$), permitindo afirmar que dentre as mulheres participantes do estudo, à medida em que a renda aumentou, maior foi a percepção quanto aos domínios.

O número de consultas pré-natal realizadas foi um fator que influenciou de maneira confirmatória na expectativa dos domínios, tangibilidade ($r=0,450$; $p=0,0001$), confiabilidade ($r=0,611$; $p=0,0001$), responsividade ($r=0,643$; $p=0,0001$) e segurança ($r=0,211$; $p=0,033$), ou seja, quanto maior a quantidade de consultas pré-natal, maior a expectativa quanto aos itens. No campo das percepções, os domínios segurança ($r=0,211$; $p=0,033$), confiabilidade ($r=0,611$; $p=0,0001$) e responsividade ($r=0,643$; $p=0,0001$) foram influenciados assertivamente pela variável número de consultas pré-natal.

Ao buscar a existência de relações confirmatórias para influência da qualidade geral, foram realizados testes a fim de verificar se as variáveis em estudo foram capazes de influenciar de maneira positiva ou negativa no quesito que investigou expectativas e percepções referentes à 'qualidade geral', concluindo que para o item não foram observadas interferências decisivas no desfecho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os modelos gerenciais atuais foram impulsionados por modificações pautadas nas novas perspectivas de atendimentos de qualidade vislumbrados pela população em geral. Sabe-se que a opinião do cliente é cada vez mais colocada em foco, possibilitando, com isso, expor o real cenário da situação em que se encontra inserido. Para a obtenção de melhorias contínuas, avaliações frequentes são necessárias, e, para tanto, espera-se que o presente estudo venha a contribuir tanto com o pequeno universo ao qual está relacionado, como possa agregar conhecimentos e novas evidências para que estudos subsequentes se beneficiem disso.

A conclusão deste estudo pode projetar o retrato referente à assistência hospitalar obstétrica pública no município em questão, favorecendo o horizonte de modificações direcionadas a melhorias contínuas naquele local.

Algumas particularidades quanto aos locais de estudo foram vivenciadas, tais como o grande volume de gestantes e pacientes ginecológicas presentes nos ambulatórios nos mesmos horários e em locais comuns, dificultando a triagem das possíveis participantes do estudo. Em vários casos, as primeiras pacientes a serem atendidas, talvez se enquadrassem nos critérios de inclusão do estudo, mas por já terem sido efetuadas as consultas, optavam por não participar da pesquisa. Fatos como esses acabaram por alongar um pouco mais a trajetória metodológica respectiva à coleta dos dados.

Ao finalizar este estudo, foi possível refletir sobre algumas limitações relacionadas à confecção desta pesquisa. O momento da realização da segunda entrevista poderia ser realizado após a alta hospitalar, podendo oferecer maior tempo de reflexão para a formulação da opinião da usuária do serviço. Ressalta-se que em razão do tempo limitado para coleta dos dados, não foram incluídas pacientes que realizaram pré-natal na atenção básica, mas tiveram seus partos nos hospitais do estudo.

Enfim, espera-se que os resultados do estudo assinalem os pontos nevrálgicos do processo de assistência hospitalar às gestantes/puérperas, guiados através da identificação das fragilidades e pontos positivos aferidos através da

análise dos domínios da escala SERVQUAL, favorecendo o fortalecimento da iniciativa de melhorias voltadas à assistência a saúde da mulher no SUS.

REFERÊNCIAS

- AGHAMOLAEI et al. Service quality assessment of a referral hospital in Southern Iran with SERVQUAL technique: patients perspective. **BMC Health Services Research**, Iran, v. 14, 2014. Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-322>
- ALBUQUERQUE, J. D. **Qualidade hospitalar: uma análise de sua realidade em Campina Grande, Paraíba-Brasil**. 2012. 312 f. Tese (Doutorado em Organização de Empresas) - Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade de Extremadura, Badajoz, Espanha. 2012. Disponível em: http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/414/TDUEX_2012_%20Albuquerque.pdf?sequence=1
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR ISO 9000**: Sistemas de gestão da qualidade – Fundamentos e vocabulário. Rio de Janeiro, 2005. 35 p. Disponível em: <https://qualidadeuniso.files.wordpress.com/2012/09/nbr-iso-9000-2005.pdf>
- BASINSK A. S. H. et al. Quality of care: What is quality and how can it be measured? **CAN MED ASSOC J**, Toronto, n.146, v.12, jun 1992.
- BEAULIEU, Marie Dominique. Assessing quality. Giving patients a voice. **Canadian Family Physician. Le Médecin de famille canadien, Canadá**. v. 59, Março 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23486805>
- BORGES, J. B. C.; CARVALHO, S. M. R.; SILVA, M. A. M. Qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca do Sistema Único de Saúde-SUS. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v. 25, n. 2, p. 172-182, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v25n2/v25n2a08.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da saúde, 1984.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: 2001. 60 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização do Parto. Humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: 2002. 28 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: MS, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde PNAAS. Resultado do processo avaliativo 2004-2006**. Brasília: Abril 2007, 85 p. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/pnass.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada – Manual Técnico**. 3 ed. Brasília: 2006 (a). 163 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: 2009. 300 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento: Norma técnica**. 2. ed., Brasília, 60 p., 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 1. ed., 2. reimpr. Brasília, 82 p., 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015**. Ministério da Saúde, Brasília, 156 p, 2013 (a). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem estar**. Ministério da Saúde, Brasília, 19 p., 2013 (b). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gravidez_parto_nascimento_saude_qualidade.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: 2014(a). 465 p. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto_0.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. **Internações Hospitalares do SUS - Brasil**. Brasília: MS, 2014(b). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/sxmq.def>

CAVALCANTI, S. H. et al . Fatores associados à prática do aleitamento materno exclusivo por pelo menos seis meses no estado de Pernambuco. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo , v. 18, n. 1, p. 208-219, Março, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000100208

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações**. 7 ed. São Paulo: McGrawHill, 2003.

CICUTO, A. G; BELISARIO, C. R. L; TAVARES, B. B. Puerperal women's satisfaction with their delivery. **Invest. educ. enferm**, Medellín, v. 30, n. 2, p. 208-214, Julho 2012. Disponível em:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072012000200005&lng=en&nrm=iso

CRUZ, W. B. S; MELLEIRO, M. M. Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo: v. 44, n. 1, Mar. 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100021

DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of medical care**. The Milbank Quarterly, New York, v. 83, n. 4, p. 691-729, dec 2005.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115, nov. 1990.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: v. 10, supl., p. 303-312, 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a31v10s0.pdf>

ESTEVES, T. M. B. et al. Fatores associados ao início tardio da amamentação em hospitais do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2009. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2390-2400, Novembro 2015. Disponível em:

<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v31n11/0102-311X-csp-31-11-2390.pdf>

FARIA, R. M. O; SAYD, J. D. Abordagem sócio-histórica sobre a evolução da assistência ao parto num município de médio porte de Minas Gerais (1960-2001). **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2421-2430, Agosto 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000800027&script=sci_abstract&tlng=pt

GARRARD, F; NARAYAN H. Assessing obstetric patient experience: a SERVQUAL questionnaire". **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol. 26 n. 7 p. 582 – 592, 2013. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1108/IJHCQA-08-2011-0049>

GAVILANO, Luis Enrique Podestá. **Determinación de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos referidos al hospital Es-Salud Vitarte**. 2012. 146f. (Tese) Facultad De Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor De San Marcos, Lima, Peru, 2012. Disponível em:

<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3161>

GOUVEIA, G. C, et al. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1849-1861, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/20.pdf>

HERCOS, B. V. S; BEREZOVSKY, A. Qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SUS. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**. São Paulo, v. 69, n. 2, p. 213-219, Abril. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492006000200015

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2015. Abril 2016.

JUNQUEIRA, L. A. P; AUGÉ, A. P. F. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. **Cadernos FUNDAP/ Fundação do Desenvolvimento Administrativo**. São Paulo: n. 1, p. 60-78, jun. 1996.

KARKEE, R; LEE, A. H; POKHAREL, P. Women's perception of quality of maternity services: a longitudinal survey in Nepal. **BMC Pregnancy and Childbirth**. Nepal, v. 14, 2014. Disponível em: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-45>

LEITE, F. M, et al. A influência das características socioeconômicas no perfil obstétrico de puérperas. **Aquichan**, Colombia, v. 14, n. 4, p. 571-581, Dezembro, 2014. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000400011

MACEDO, Maria Luz Mamani. **Calidad de Atención percebida por los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia del hospital Nacional Guillermo Almenara**. 2012. 100f. (Tese) Facultad de Medicina Humana, Universidad Del Peru, Lima, Peru, 2012.

MACHADO, J. P; MARTINS, A. C. M; MARTINS, M. S. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: n. 29, v. 6, p. 1063-1082, jun, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a04v29n6.pdf>

MAEDA, T. C. et al. Importância atribuída por puérperas às atividades desenvolvidas no pré-natal. **Rev Enferm Atenção Saúde** [Online]. Uberaba, v. 3, n. 2, p. 6-18, Jul/Dez 2014. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1016/879>

MAIA, C. S. et al. Percepções sobre qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: v.16, n.5, p. 2567-2574, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a27v16n5.pdf>

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**. São Paulo: Editora Fundação Peirópolis Ltda, 1998. Disponível em: <http://dspace.fsp.usp.br/xmlui/bitstream/handle/bdfsp/665/mal001.pdf?sequence=1>

MASSUIA, D. R; MENDES, J. D. V; CECILIO, M. A. M. Pesquisa de Satisfação dos Usuários – SUS/SP: Resultados 2009/2010. **BEPA - Boletim Epidemiológico**

Paulista; 9(101): p. 24-38, Maio 2012. Disponível em:

http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//bepa_101_gais_pesquisa_satisfacao_do_usuario.pdf

MICHAELIS, Dicionário online. Editora Melhoramentos Ltda. 2009. Disponível em

<http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/>

MILFONT, P. M. S. et al. An exploratory study on the implementation of guidelines for safe delivery and satisfaction of women. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 10, n. 3, Dezembro 2011. Disponível em:

<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3493/1034>

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

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000200007&lng=en&nrm=iso

MOURA, M.A.V; COSTA; G.R.M; TEIXEIRA, C.S. Momentos de verdade da assistência de enfermagem à puérpera: um enfoque na qualidade. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro: v. 18, n.3, p.429-34, jul-set 2010. Disponível em:

<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a16.pdf>

MURILLO, C; SAURINA, C. Medida de la importancia de las dimensiones de la satisfacción en la provisión de servicios de salud. **Gaceta Sanitaria**, v. 27, n. 4, p. 304–309, Fevereiro 2013. Disponível em:

<http://www.gacetasanitaria.org/index.php?p=watermark&idApp=WGSE&piiltem=S0213911113000095&origen=gacetasanitaria&web=gacetasanitaria&urlApp=http://www.gacetasanitaria.org&estadoltem=S300&idiomaltem=es>

NAGAHAMA, E. E. I; SANTIAGO, S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 11, n. 4, p. 415-425, Dezembro. 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000400008&lng=en&nrm=iso

ODININO, Natália Gabriela; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Satisfação da puérpera com os cuidados de enfermagem recebidos em um alojamento conjunto. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 19, n. 4, p. 682-690, Dez. 2010 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400011&lng=en&nrm=iso

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Avaliação dos programas de saúde: normas fundamentais para sua aplicação no processo de gestação para o desenvolvimento nacional na saúde**. Genebra; 1981.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Folheto Informativo: O Estado Da Obstetrícia No Mundo**. 4 p. 2014. Disponível em:

http://www.unfpa.org.br/Arquivos/folha_de_dados_relatorio_obstetricia2014.pdf

OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf

PAPANIKOLAOU, V; ZYGIARIS, S. Service quality perceptions in primary health care centres in Greece. **Health Expect.** v. 17, n. 2, p. 197-207, Abril, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22296402>

PENA, M. M. et al . O emprego do modelo de qualidade de Parasuraman, Zeithaml e Berry em serviços de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo: v. 47, n.5. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1227.pdf

PEREIRA, A. V. L. **Avaliação da satisfação dos usuários do setor de internamento de um hospital público em Campina Grande/PB.** 79 p. Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública) - Fundação Oswaldo Cruz. Centro De Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife. 2013. Disponível em <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2013pereira-avl.pdf>

PNS (Pesquisa Nacional De Saúde) 2013. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. IBGE, Rio de Janeiro, 2015. 100 p.

POLIT, D; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem.** 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

PORTARIA Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://goo.gl/PkrXAJ>

RICCI, N. A. et al. O hospital-escola de São Carlos: análise do funcionamento por meio da satisfação dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v.16, (Supl. 1), p. 1125-1134, Rio de Janeiro: 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a44v16s1.pdf>

SANTANA, J. M, BRITO, S. M, SANTOS, D. B. Amamentação: conhecimento e prática de gestantes. **O Mundo da Saúde.** São Paulo, v. 37, n. 3, p. 259-267, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/amamentacao_conhecimento_praticas_gestantes.pdf

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, [online], p. 65-82 Junho 2009. Disponível em: <http://rccs.revues.org/343>

SILVA, Ana Carolina de Sousa. **Vivências da maternidade: Expectativas e satisfação das mães no parto.** 2011. 188f. (Dissertação) Mestrado na Área Científica de Psicologia do Desenvolvimento - Faculdade De Psicologia e De Ciências Da Educação, Universidade de Coimbra, Lisboa, 2011. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18015/1/Ana%20Carolina%20de%20So>

[uza%20e%20Silva_Tese%20de%20Mestrado_Faculdade%20de%20Psicologia%20da%20Universidade%20de%20Coimbra_2011.pdf](#)

SIMÕES, A. L. A. et al. A humanização do atendimento no contexto atual de saúde: Uma reflexão. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 81-85, jan/mar, 2007 (a). Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/318>

SIMÕES, A. L. A. et al. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 439-444, Jul-Set; 2007 (b). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300009

TIRONES, Andréa Silva Dutra. **Cirurgias eletivas em hospitais públicos de uma cidade do interior de Minas Gerais: os cidadãos estão satisfeitos?** 2010. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem do Triângulo Mineiro, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2010.

UNIUBE. Hospital Universitário Mário Palmério. Estrutura e Serviços. Uberaba, 2014. Disponível em: <http://hospitalmariopalmerio.uniube.br/estrutura/leitoshp>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO. **Plano Diretor Estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro**. Ministério da Educação, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – 138p. São Paulo, 2013-2014.

VETTORE, M. V; DIAS, M; VETTORE, M. V; LEAL, M. C. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 13, n. 2, p. 89-100, Junho, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292013000200002&script=sci_abstract&tlng=pt

VICTORA, C. G. et al. **Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios**. 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **Maternal mortality**. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES MAIORES DE IDADE



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG
Comitê de Ética em Pesquisa- CEP
Rua Madre Maria José, 122 - 2º. Andar - Bairro Nossa Senhora da Abadia
CEP: 38025-100 – Uberaba(MG)
Telefone: (0**34) 3318-5776 - E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES MAIORES DE IDADE (Versão de agosto/2014)

Título do projeto: ASSISTÊNCIA AO PARTO: ESTUDO DA SATISFAÇÃO DE MULHERES ATENDIDAS EM HOSPITAIS CREDENCIADOS AO SUS

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidada a participar do estudo ASSISTÊNCIA AO PARTO: ESTUDO DA SATISFAÇÃO DE MULHERES ATENDIDAS EM HOSPITAIS CREDENCIADOS AO SUS. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Os objetivos deste estudo são: Avaliar a satisfação de puérperas atendidas nos hospitais vinculados ao SUS situados no município de Uberaba, Minas Gerais, Identificar expectativas e percepções sobre a assistência ao parto de mulheres atendidas nos hospitais de ensino credenciados ao SUS; descrever o nível de satisfação de mulheres quanto ao atendimento recebido durante o parto e avaliar a influência das variáveis sócio demográficas no grau de satisfação. A pesquisadora irá convidá-la a responder a uma entrevista em uma sala que apresentar-se disponível no Ambulatório (6, 8 ou 10) do hospital 1 ou na sala no Ambulatório (sala de triagem) do hospital 2 e, caso consinta em participar deste estudo, você fará a opção pelo melhor momento para responder o questionário (durante a espera ou após a consulta agendada). A equipe assistencial também será questionada a respeito do melhor momento para realizar a pesquisa e será informada que a você estará respondendo o formulário de pesquisa e o local onde se encontra, a fim de que a coleta não prejudique suas atividades já planejadas. Caso você opte pela coleta em outro dia, a mesma será agendada previamente. Também será solicitado o seu cartão de pré-natal para checarmos informações pertinentes e relevantes para o estudo. Logo após você responder a entrevista, a pesquisadora irá orientá-la e caso reste alguma dúvida poderá contactar a pesquisadora através do telefone de contato que apresenta-se a seguir. Após o parto a pesquisadora irá fazer novamente outro contato durante a internação e caso esteja na enfermaria, você será questionada em momento oportuno e de forma sigilosa, sobre sua satisfação com o parto.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

(Maiores de idade)

ASSISTÊNCIA AO PARTO: ESTUDO DA SATISFAÇÃO DE MULHERES ATENDIDAS EM HOSPITAIS CREDENCIADOS AO SUS

Eu, _____ li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,/...../.....

Assinatura da voluntária

Documento de Identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores:

Enfª Marina Stark Rezende de Paula 92326110/ 33216681

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES MENORES DE IDADE



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG
Comitê de Ética em Pesquisa- CEP
Rua Madre Maria José, 122 - 2º. Andar - Bairro Nossa Senhora da Abadia
CEP: 38025-100 – Uberaba(MG)
Telefone: (0**34) 3318-5776 - E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES MENORES DE IDADE (Versão de agosto/2014)

Título do projeto: ASSISTÊNCIA AO PARTO: ESTUDO DA SATISFAÇÃO DE MULHERES ATENDIDAS EM HOSPITAIS CREDENCIADOS AO SUS

TERMO DE ESCLARECIMENTO

A adolescente sob sua responsabilidade está sendo convidada a participar do estudo ASSISTÊNCIA AO PARTO: ESTUDO DA SATISFAÇÃO DE MULHERES ATENDIDAS EM HOSPITAIS CREDENCIADOS AO SUS. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Os objetivos deste estudo são: Avaliar a satisfação de puérperas atendidas nos hospitais vinculados ao SUS situados no município de Uberaba, Minas Gerais, Identificar expectativas e percepções sobre a assistência ao parto de mulheres atendidas nos hospitais de ensino credenciados ao SUS; descrever o nível de satisfação de mulheres quanto ao atendimento recebido durante o parto e avaliar a influência das variáveis sócio demográficas no grau de satisfação. A pesquisadora irá convidar a adolescente a responder a uma entrevista em uma sala que apresentar-se disponível no Ambulatório (6, 8 ou 10) do hospital 1 ou na sala no Ambulatório (sala de triagem) do hospital 2 e, caso consinta em participar deste estudo, você e a adolescente farão a opção pelo melhor momento para responder o questionário (durante a espera ou após a consulta agendada). A equipe assistencial também será questionada a respeito do melhor momento para realizar a pesquisa e será informada que a você estará respondendo o formulário de pesquisa e o local onde se encontra, a fim de que a coleta não prejudique suas atividades já planejadas. Caso decidam pela coleta em outro dia, a mesma será agendada previamente. Também será solicitado o cartão de pré-natal para checarmos informações pertinentes e relevantes para o estudo. Logo após responder a entrevista, a pesquisadora irá orientar que caso reste alguma dúvida poderá ser realizado o contato com a pesquisadora através do telefone de contato que apresenta-se

a seguir. Após o parto a pesquisadora irá fazer novamente outro contato durante a internação e caso esteja na enfermaria, em que a adolescente será questionada em momento oportuno e de forma sigilosa, sobre sua satisfação com o parto.

Vocês poderão obter todas as informações que quiserem e poderão não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela participação no estudo, não haverá recebimento de qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. O nome da adolescente não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois ela será identificada com um número. Não será feito nenhum procedimento que traga qualquer desconforto ou risco à vida.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

(Menores de idade)

ASSISTÊNCIA AO PARTO: ESTUDO DA SATISFAÇÃO DE MULHERES ATENDIDAS EM HOSPITAIS CREDENCIADOS AO SUS

Eu, _____ li

e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que a adolescente será submetida. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que somos livres para interromper a participação a qualquer momento, sem justificar nossa decisão e que isso não afetará no tratamento. Sei que nossos nomes não serão divulgados, que não teremos despesas e nem receberemos dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em permitir a participação da adolescente no estudo.

Uberaba,//.....

Assinatura do responsável legal

Documento de Identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores:

Enfª Marina Stark Rezende de Paula 92326110/ 33216681

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO/OBSTÉTRICO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO

QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO/OBSTÉTRICO

Código da Instituição: (1/2)_____ Data da entrevista: ___/___/___

Código do entrevistado: _____ Idade _____ anos completos **G**____ **P**____ **N**____ **F**____ **C**____ **A**_____

Situação Conjugal

- (1) Solteira (3) Divorciada (5) União estável
 (2) Casada (4) Viúva

Anos completos de estudo sem repetir a mesma série

- (1) Até 8 anos completos (2) Até 11 anos completos (3) Mais de 11 anos completos

Renda familiar (em salários mínimos)


- (1) Até 01 (4) 03 a 05 (7) 15 a 20
 (2) 01 a 02 (5) 05 a 10 (8) Sem renda
 (3) 02 a 03 (6) 10 a 15

Ocupação _____

Pré-Natal:

Nº de consultas até o momento _____

APÊNDICE D – AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS 3


UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
 Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde

Uberaba, de Janeiro de 2015.

Prezada Enfermeira Helena Cristina Silveira Dantas
 Diretoria de Enfermagem do Hospital Universitário Mário Palmério


Solicitamos a V. Sa autorização para a coleta de dados do Projeto de Pesquisa intitulado: “Assistência ao parto: Estudo da satisfação de mulheres atendidas em hospitais credenciados ao SUS” da aluna Marina Stark Rezende de Paula, para obtenção do título de mestre pelo Programa Pós-Graduação em Atenção à Saúde da UFTM.

Ressaltamos que os resultados do estudo poderão contribuir no processo de trabalho e melhoria da assistência a saúde focado nas principais necessidades das usuárias. Por conseguinte, esta ação poderá influenciar na melhoria do atendimento e da assistência ao usuário dos serviços de saúde.

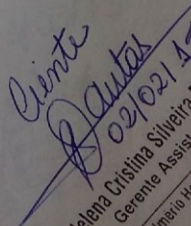
Ressaltamos que esta pesquisa somente será desenvolvida após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM, de acordo com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

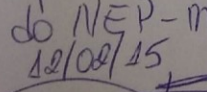
Antecipadamente agradecemos a atenção a essa solicitação e colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos, através do telefone (34)3331-6201

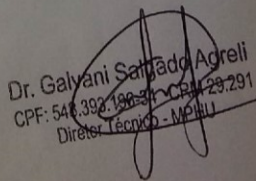
Atenciosamente,



 Profª Dra. Ana Lúcia de Assis Simões
 Coordenadora do Projeto
 PPGAS/UFTM


 Helena Cristina Silveira Dantas
 Gerente Assistencial
 Mário Palmério Hospital Universitário


 Geraldo Thedei Júnior
 Universidade de Uberaba


 Dr. Galyani Saldado Agreli
 CPF: 548.398.186-91 - CRM 29.291
 Diretor Técnico - MCHU

Aprovado na reunião
 do NEP-MPAU em
 12/02/15

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
HOSPITAL DE CLÍNICAS – Filial EBSEH
Gerência de Ensino e Pesquisa
Av Getúlio Guarita, 130 - Cep: 38.025-440 – Uberaba MG
Fone: (34) 3318 5527 - E-mail – diretoria.pesquisa@hc.uftm.edu.br

Mem.38/2015/GEP/HC/UFTM.

Em 06 de março de 2015.

À **Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões**
Pesquisadora Responsável

Assunto: Autorização de projeto de pesquisa.

Prezada Professora,

1. Acusamos o recebimento de sua solicitação para realizar projeto de pesquisa intitulado: **“Assistência ao parto: Estudo da satisfação de mulheres atendidas em hospitais credenciados ao SUS”**, juntamente com a documentação abaixo descrita:

- Cópia do projeto (modelo do CEP); folha de rosto assinada;
- Autorização da chefia do setor onde será realizada a pesquisa;
- Solicitação de autorização formal ao Gerente de Ensino e Pesquisa;
- Formulário da Gerência de Ensino e Pesquisa preenchido;

2. Em vista disso, damos também o nosso “de acordo”, desejando pleno êxito em sua pesquisa, ressaltando que o projeto somente poderá ser iniciado após aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, cuja cópia do parecer deverá ser encaminhada a esta Gerência.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Helio Moraes de Souza
Gerente de Ensino e Pesquisa/HC/UFTM-EBSEH- filial

ANEXO B - APROVAÇÃO DO PROJETO NO COMITÊ DE ÉTICA

The screenshot displays the 'Plataforma Brasil' interface. At the top, there is a navigation bar with the 'Saúde' logo and 'Ministério da Saúde' text. Below this, the 'Plataforma Brasil' logo is prominent, along with user navigation options: 'Público', 'Pesquisador', and 'Alterar Meus Dados'. The user is identified as 'Marina Stark Rezende de Paula - Pesquisador | V3.0' with a session expiration of 38 minutes and 51 seconds. The main content area is titled 'DETALHAR PROJETO DE PESQUISA' and contains a section for 'DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA'. The project details are as follows:

- Título da Pesquisa: ASSISTÊNCIA AO PARTO: ESTUDO DA SATISFAÇÃO DE MULHERES ATENDIDAS EM HOSPITAIS CREDENCIADOS AO SUS
- Pesquisador Responsável: Ana Lúcia de Assis Simões
- Área Temática:
- Versão: 1
- CAAE: 42874515.4.0000.5154
- Submetido em: 13/03/2015
- Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro
- Situação da Versão do Projeto: Aprovado
- Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
- Patrocinador Principal: MINISTERIO DA EDUCACAO

A circular stamp with the text 'COORDENADOR' is visible on the right side of the project details. At the bottom right, there is a link for 'Comprovante de Recepção' with a PDF icon and the file name 'PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_453790'.

ANEXO C - ESCALA SERVQUAL EXPECTATIVAS

Código da Instituição: (1/2) _____ Data da entrevista: ___/___/___

Código do entrevistado: _____

Expectativas do paciente sobre o hospital

Tangibilidade	E1	O hospital deve ter equipamentos conservados e modernos	1	2	3	4	5	6	7
	E2	As instalações físicas do hospital devem ser visualmente bonitas e agradáveis.	1	2	3	4	5	6	7
	E3	A equipe* do hospital deve ter aparência e trajas bem cuidados, de acordo com as características do ambiente de trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
	E4	Os relatórios e demais documentos entregues ao paciente devem ser de fácil compreensão e visualmente atrativos.	1	2	3	4	5	6	7
Confiabilidade	E5	O hospital deve realizar suas atividades na hora marcada	1	2	3	4	5	6	7
	E6	O hospital deve demonstrar interesse sincero em resolver os problemas do paciente.	1	2	3	4	5	6	7
	E7	O hospital deve executar os serviços e procedimentos de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho.	1	2	3	4	5	6	7
	E8	O hospital deve prestar seus serviços no prazo de execução permitido.	1	2	3	4	5	6	7
	E9	O hospital deve apresentar relatórios, documentos e informações sobre o paciente sem erros.	1	2	3	4	5	6	7
Responsividade	E10	No hospital a equipe deve informar aos pacientes com exatidão quando os serviços serão executados	1	2	3	4	5	6	7
	E11	No hospital, a equipe deve atender prontamente seus pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
	E12	No hospital, a equipe deve procurar ajudar seus pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
	E13	No hospital, a equipe deve estar disponível para atender aos pedidos do paciente.	1	2	3	4	5	6	7
Segurança	E14	No hospital, o comportamento da equipe deve transmitir confiança aos pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
	E15	Pacientes do hospital devem sentir-se seguros em utilizar os seus serviços	1	2	3	4	5	6	7
	E16	No hospital, a equipe deve ser educada e cortês com os seus pacientes	1	2	3	4	5	6	7
	E17	No hospital, a equipe deve ter conhecimento adequado para responder às perguntas dos pacientes	1	2	3	4	5	6	7
Empatia	E18	No hospital a equipe deve dar atenção individualizada ao paciente	1	2	3	4	5	6	7
	E19	O hospital deve funcionar em horários adequados aos seus pacientes	1	2	3	4	5	6	7
	E20	O hospital deve ter uma equipe que dê atenção pessoal aos seus pacientes	1	2	3	4	5	6	7
	E21	O hospital deve priorizar os interesses do paciente	1	2	3	4	5	6	7
	E22	No hospital, a equipe deve entender as necessidades específicas de seus pacientes	1	2	3	4	5	6	7

Qualidade Geral									
	E23	No hospital, a qualidade geral do atendimento ao parto deve ser satisfatória	1	2	3	4	5	6	7

Fonte: Adaptado de Borges, Carvalho e Silva (2010)

*Equipe: Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, auxiliares, funcionários do setor.

Legenda: 7- Concordo plenamente; 6- Concordo; 5- Quase concordo; 4- Não concordo/não discordo; 3- Quase discordo; 2- Discordo; 1- Discordo totalmente.

ANEXO D - ESCALA SERVQUAL PERCEPÇÕES

Código da Instituição: (1/2) _____ Data da entrevista: ___/___/___

Código do entrevistado: _____

Percepções do paciente sobre o hospital

Tangibilidade	E1	O hospital teve equipamentos conservados e modernos	1	2	3	4	5	6	7
	E2	As instalações físicas do hospital foram visualmente bonitas e agradáveis.	1	2	3	4	5	6	7
	E3	A equipe* do hospital teve boa aparência e trajes bem cuidados, de acordo com as características do ambiente de trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
	E4	Os relatórios e demais documentos entregues ao paciente foram de fácil compreensão e visualmente atrativos.	1	2	3	4	5	6	7
Confiabilidade	E5	O hospital realizou suas atividades na hora marcada	1	2	3	4	5	6	7
	E6	O hospital demonstrou interesse sincero em resolver os problemas do paciente.	1	2	3	4	5	6	7
	E7	O hospital executou os serviços e procedimentos de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho.	1	2	3	4	5	6	7
	E8	O hospital prestou seus serviços no prazo de execução permitido.	1	2	3	4	5	6	7
	E9	O hospital apresentou relatórios, documentos e informações sobre o paciente sem erros.	1	2	3	4	5	6	7
Responsividade	E10	No hospital a equipe informou aos pacientes com exatidão quando os serviços serão executados	1	2	3	4	5	6	7
	E11	No hospital, a equipe atendeu prontamente seus pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
	E12	No hospital, a equipe procurou ajudar seus pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
	E13	No hospital, a equipe esteve disponível para atender aos pedidos do paciente.	1	2	3	4	5	6	7
Segurança	E14	No hospital, o comportamento da equipe transmitiu confiança aos pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
	E15	Pacientes do hospital sentiram-se seguros em utilizar os seus serviços	1	2	3	4	5	6	7
	E16	No hospital, a equipe foi educada e cortês com os seus pacientes	1	2	3	4	5	6	7
	E17	No hospital, a equipe teve conhecimento adequado para responder às perguntas dos pacientes	1	2	3	4	5	6	7
Empatia	E18	No hospital a equipe deu atenção individualizada ao paciente	1	2	3	4	5	6	7
	E19	O hospital funcionou em horários adequados aos seus pacientes	1	2	3	4	5	6	7
	E20	O hospital teve uma equipe que deu atenção pessoal aos seus pacientes	1	2	3	4	5	6	7
	E21	O hospital priorizou os interesses do paciente	1	2	3	4	5	6	7
	E22	No hospital, a equipe entendeu as necessidades específicas de seus pacientes	1	2	3	4	5	6	7
Qualidade Geral									
	P23	No hospital, a qualidade geral do atendimento ao parto foi satisfatória	1	2	3	4	5	6	7

Fonte: Adaptado de Borges, Carvalho e Silva (2010)

*Equipe: Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, auxiliares, funcionários do setor.

Legenda: 7- Concordo plenamente; 6- Concordo; 5- Quase concordo; 4- Não concordo/não discordo; 3- Quase discordo; 2- Discordo; 1- Discordo totalmente.