



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**DESIREÉ LOUISE SOUZA SANTOS BATISTA
1112785**

BANCA EXAMINADORA

Examinador 1 (orientador): Ricardo de Sousa Soares

Titulação; Mestre em gestão de organizações aprendentes

Instituição: Universidade Federal da Paraíba Departamento: Promoção à Saúde

Telefones: (83) 981606327 E-mail: ricardosousasoares@gmail.com

Examinador 2: Alexandre José de Melo Neto

Titulação: Especialista de Medicina de Família e Comunidade

Instituição: Universidade Federal da Paraíba Departamento: Promoção à Saúde

Telefones: (83) 998247575 E-mail: halemao_jp@hotmail.com

Examinador 3: Juliana Sousa Soares de Araújo

Titulação: Doutoranda em Imunoistoquímica

Instituição: Universidade Federal da Paraíba Departamento: Promoção à Saúde

Telefones: (83) 991792020 E-mail: ju1circulojp@gmail.com

Suplente: Luciano Bezerra Gomes

Titulação: Doutor em Clínica Médica

Instituição: Universidade Federal da Paraíba Departamento: Promoção à Saúde

Telefones: 996137374 E-mail: lucianobgomes@gmail.com

SUMÁRIO

• Título	04
• Resumo	04
• Introdução	06
• Desenvolvimento	08
○ Método	08
○ Dimensões da satisfação nos cuidados perinatais	11
○ Avaliação das dimensões e estruturação do modelo	17
• Conclusão	21
• Referências	22

TÍTULO

Modelo de Avaliação da Qualidade do Serviço da Rede Cegonha, baseado na Satisfação das Usuárias

Perinatal Care Service Quality Evaluation Model, Based on The Users' Satisfaction

Modelo de Evaluación de la Calidad Servicio de Atención Perinatal Basado en la Satisfacción de las Mujeres

RESUMO:

Introdução: A atenção à saúde da mulher na gestação, parto e puerpério, e à criança vem passando por transformações com a implementação da Rede Cegonha pelo Ministério da Saúde em 2011. As ações da Rede Cegonha se dividem em quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; sistema logístico. Destaca-se o financiamento da construção de Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, reforçando a intenção de redução das intervenções e procedimentos desnecessários, a promoção de boas práticas obstétricas, e o reconhecimento do trabalho das parteiras tradicionais. **Objetivo:** construir um modelo de avaliação da qualidade do cuidado na Rede Cegonha baseado na satisfação da mulher. **Procedimentos metodológicos:** a estruturação do modelo de avaliação, se iniciou por uma revisão sistemática da literatura, e por entrevistas a gestores, profissionais de saúde e usuárias de uma maternidade de baixo e alto risco de grande porte no estado da Paraíba. **Principais resultados:** os aspectos de maior destaque nas entrevistas foram a estrutura física, a presença do acompanhante e o tempo de espera no acolhimento da maternidade. Nas entrevistas com profissionais e gestores surgiram, além das categorias anteriores, o parto humanizado, a dificuldade de comunicação com as unidades de saúde da família. O modelo final encontrado contou com diversos atributos organizados em 5 dimensões ou construtos, a saber: estrutura física, acolhimento, qualidade técnica, pré-natal e boas práticas de cuidado.

Modelos estatísticos. Satisfação do paciente. Avaliação em saúde. Assistência Perinatal.

ABSTRACT

Introduction: The health care of women during pregnancy, childbirth and postpartum, and the child is changing by the Brazil government's new reforms in the technical area since 2011. The new ordinances divided into four components: prenatal care; labor and birth; postpartum and comprehensive health care of the child; logistics system. The government is financing the construction of normal birth centers, maternity homes, baby and postpartum, reinforcing the intention to reduce unnecessary interventions and procedures, the promotion of good obstetric practices, and recognition of the work of traditional midwives. **Objective:** to build an evaluation model of quality of care in childbirth care based on the satisfaction of women. **Methodological procedures:** to structure an assessment of the quality of from the user satisfaction, began a systematic review of literature and interviews with managers, health professionals and users of a large low and high-risk maternity in the state of Paraíba. **Main results:** the aspects of greatest prominence in the interviews were the physical structure, the presence of a partner and the waiting time in the maternity care. In interviews with professionals and managers have emerged in addition to the above categories, the humanized delivery, the difficulty of communication with the family health units. The final model included several attributes organized into five dimensions, namely: physical structure, hosting, technical quality, prenatal and best practices care.

Models, Statistical. Patient Satisfaction. Health Evaluation. Perinatal Care.

RESUMEN

Introducción: la atención a la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y puerpério, y la atención a la niñez está cambiando por las nuevas reformas del gobierno de Brasil desde 2011. La nueva ordenanza se divide en cuatro componentes: atención prenatal; parto y puerpério y la atención integral de la salud del niño; sistema logístico. Es de destacar el financiamiento para la construcción de centros de parto normal, casas de maternidad, bebé y puerpério, lo que refuerza la promoción de buenas prácticas obstétricas. **Objetivo:** construir un modelo de valoración de la calidad asistencial durante el embarazo e el parto, basado en la satisfacción de las mujeres. **Procedimientos metodológicos:** para estructurar una evaluación de la

calidad de la satisfacción del usuario, se inició una revisión sistemática de la literatura y entrevistas con gerentes, profesionales de la salud y usuarios de una maternidad de bajo y alto riesgo en el estado de Paraíba. Resultados principales: los aspectos más destacados fueron: la estructura física, la presencia de la pareja y el tiempo de espera en la atención de la maternidad. En entrevistas con profesionales y directivos han surgido, además de las categorías anteriores, el parto humanizado y la dificultad de comunicación con las unidades de salud de la familia. El modelo final utilizado encontró varios atributos organizados en cinco dimensiones, a saber: estructura física, recepción de pacientes, calidad técnica, prenatal y buenas prácticas.

Modelos Estadísticos. Satisfacción del Paciente. Evaluación en Salud. Atención Perinatal.

1 INTRODUÇÃO

A gestação, o parto e o nascimento são momentos bastante intensos para a mulher e sua família. Envolve, para além das modificações biológicas, um profundo fluxo de expectativas e sentimentos, e de mudanças significativas da dinâmica familiar e comunitária. O modo como os serviços de saúde se estruturam para acolher essas mulheres e todos os envolvidos nesse cuidado produz grandes diferenças nos indicadores de saúde, no processo intersubjetivo de cuidado e também pode influenciar a percepção das mulheres e sua satisfação sobre esse cuidado. A atenção à mulher na gestação, parto e puerpério passa, no Brasil, por um período em que emergem os conflitos entre diferentes modelagens de cuidado, e dispara um processo de reconfiguração que envolve a organização da rede de serviços e suas relações, a estrutura física dos serviços, e, principalmente, o modo de produção de cuidado.

O nascimento, que originalmente era assistido por mulheres, foi invadido pela lógica de produção hospitalar no século passado e, hoje, é hegemonicamente um procedimento médico mecânico, repetitivo e que não considera as singularidades e desejos das mulheres. É nessa conjuntura que, no Brasil, vêm crescendo e ganhando força institucional movimentos e práticas de humanização do parto. O programa de Humanização do Parto e Puerpério, de 2000, já trazia o incentivo a uma assistência obstétrica holística, e que retorna com maior força na Rede Cegonha, em 2011, com a ideia de mudança no modelo de cuidado, reforçando a autonomia e decisão da mulher, e a melhoria da qualidade e acesso ao pré-natal e ao parto assistido¹.

Associada à necessidade de mudança no modelo de atenção, existe uma preocupação presente ao longo dos anos em relação às altas taxas de mortalidade materna e infantil, que

também são desafios que persistem nas políticas de reformulação dos cuidados perinatais. Apesar de termos alcançado nas últimas décadas uma diminuição significativa da mortalidade infantil, ainda podemos considerar, a partir dos dados de 2011, que as taxas de mortalidade infantil (15,3 óbitos de crianças com menos de um ano por mil nascidos vivos) e de mortalidade materna (64,8 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos) são altas para o país², demonstrando a necessidade de reformulação das políticas públicas que promovam o cuidado à mulher na gestação e ao recém-nascido.

A política nacional de atenção à mulher e, mais especificamente, a atenção à mulher e ao bebê no período perinatal, vêm sofrendo mudanças e normatizações ao longo dos anos. A proposta da Rede Cegonha é formalizada através da portaria 1.459, de 24 de Junho de 2011. Nesta, é considerada a política voltada à atenção à saúde da mulher na gestação, parto e puerpério, e da criança até completar dois anos de idade, com os objetivos de melhorar o acesso, acolhimento e resolutividade. A portaria ratifica sobre o direito a acompanhante em todo processo de parto, a vinculação da gestante à maternidade, o conceito de “vaga sempre” como acesso aberto a todas as gestantes em trabalho de parto, e o transporte seguro, acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade, garantia de boas práticas e segurança materna e neonatal, além do acesso ao planejamento reprodutivo. A política divide, para fins de organização, as ações da Rede Cegonha em quatro componentes: 1. pré-natal; 2. parto e nascimento; 3. puerpério e atenção integral à saúde da criança e 4. Sistema logístico: transporte sanitário e regulação; cada um dos componentes possui especificações próprias, detalhadas na portaria³. Destaca-se o financiamento da construção de Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, reforçando a intenção de redução das intervenções e procedimentos desnecessários, e o reconhecimento do trabalho das parteiras tradicionais. Outra questão de destaque são as ações para a estruturação dos serviços de saúde em rede, tentando minimizar a fragmentação e a ineficiência da atenção, e construindo um cuidado integral⁴.

Avaliar a qualidade dos serviços de saúde e as percepções dos usuários sobre o cuidado é fundamental nos processos de mudanças e reformulação de políticas. Além disso, é uma medida necessária na atual fase de implantação da Rede Cegonha, que encontra-se em diferentes níveis nos estados e municípios brasileiros, sendo mais um elemento para análise da implantação da política. Apesar de existirem muitos estudos avaliando a qualidade do pré-natal e a satisfação do usuário, há poucos após a implementação da Rede Cegonha, por ser uma política ainda recente. Dentre esses estudos, citamos um sobre a avaliação da adequação do pré-natal relacionando com a Política de Humanização do Pré-Natal e Puerpério em uma

capital brasileira, a maioria das mulheres tiveram seis ou mais consultas como preconizado pelo Ministério da Saúde e também um bom manejo do risco gestacional, mas foram apresentados problemas na captação precoce da gestante e na realização dos exames, segundo os critérios observados⁵. Outro estudo, já avaliando também os critérios da Rede Cegonha, com uma metodologia similar, mostrou uma adequação muito baixa do pré-natal à Rede Cegonha, quando considerada a presença de todos os critérios avaliados. Neste, as gestantes tiveram bom acesso às consultas, mas com uma baixa qualidade, e com difícil acesso aos exames de teste rápido⁶.

Avaliar a Rede Cegonha a partir da experiência e percepções de mulheres em seu processo de gestação, parto e puerpério, acesso à rede de serviços e a resposta desta para o conjunto de usuárias é reconhecer sua dinâmica complexa e suas interrelações. Desta forma o modelo tradicional na forma de pirâmide, tendo a atenção básica na parte inferior e serviços especializados no topo, não é suficiente para compreender todas as necessidades dos usuários que acessam o sistema de saúde por diferentes níveis de complexidade⁷.

Neste artigo, propõe-se a construção de um modelo para a avaliação da qualidade da Rede Cegonha. Para isso, baseamo-nos em revisão de literatura sobre a avaliação da satisfação da usuária em cuidados perinatais, e da avaliação qualitativa de puérperas de uma maternidade de grande porte na Paraíba, sobre sua percepção do cuidado recebido na rede de serviços.

2 DESENVOLVIMENTO

MÉTODOS

Utilizaram-se duas estratégias para a construção do modelo para avaliação da satisfação da usuária na Rede Cegonha: a primeira consistiu em uma revisão sistemática de literatura sobre os temas de cuidado perinatal e satisfação do paciente e sobre as políticas de assistência ao pré-natal, puerpério e parto no Brasil com ênfase na Rede Cegonha, buscando a estruturação das dimensões a partir da revisão da literatura. A segunda estratégia consistiu no aprimoramento da construção deste novo modelo, a partir da incorporação de diretrizes essenciais no cuidado perinatal atual e a adaptação desse instrumento, explorando outras características, variáveis indicadoras ou construtos surgidos através de entrevistas com gestores, profissionais e usuárias. A construção de novos instrumentos de medida na área da saúde é um procedimen-

to complexo que inicia com a definição de sua estrutura conceitual, dos construtos e dimensionalidades, passando pela validação do seu conteúdo, até o pré-teste e avaliação das qualidades psicométricas. A vantagem de partir de instrumentos já existentes, é que esses provavelmente já tiveram seus atributos ou indicadores analisados⁸.

Para a revisão sobre satisfação do usuário e atenção perinatal, foi realizada uma busca no PUBMED/Medline, com os descritores (Mesh) "*patient satisfaction*" e (AND) "*Perinatal Care*". Revisou-se Scielo e Bireme, incluindo Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), através de palavras: *satisfação; paciente; perinatal*. Analisaram-se as publicações dos últimos cinco anos e utilizou-se os seguintes limites de língua: português, inglês, francês e espanhol. As buscas foram realizadas em maio de 2015. Foram analisados os resumos de todos os 122 artigos encontrados e selecionados artigos de natureza quantitativa que buscavam formas de avaliação da satisfação e da qualidade. Foram selecionados 15 artigos. Além disso, utilizaram-se de alguns estudos sobre satisfação do paciente em outras áreas temáticas da saúde e de satisfação do consumidor nas áreas de marketing e administração.

A abordagem qualitativa foi apoiada no referencial teórico do pesquisador In-Mundo a partir da relação com a pesquisa do Observatório da Produção do Cuidado no SUS, na rede temática Rede Cegonha que vinha sendo desenvolvida na maternidade. O pesquisador In-Mundo parte da premissa de que o pesquisador enquanto também sujeito da pesquisa deve estar imenso no cotidiano, contaminado no mundo e atento às interferências que nós produzimos no serviço e vice-versa; ele começa a se misturar com o objeto, articulando-se entre os níveis de atenção, deixando de ser neutro⁹.

A estruturação da proposta de avaliação de satisfação da usuária na Rede Cegonha se deu paralelamente com as atividades práticas periódicas na maior maternidade de João Pessoa, o Instituto Cândida Vargas, onde se iniciou o acompanhamento do processo de cuidado ao pré-natal, parto e puerpério, e assistência ao recém nascido nos diversos setores da maternidade, além de aproveitar da experiência prévia sobre a assistência pré-natal nas Unidades de Saúde da Família da mesma cidade. Considerando que compreender a percepção do usuário é central para uma avaliação que se oriente pelas expectativas das pessoas que utilizam o sistema, propôs-se a realização de entrevista semi-estruturada a puérperas, profissionais e gestores, tentando identificar suas impressões sobre o funcionamento da Rede Cegonha. Acredita-se que a avaliação qualitativa permite identificar problemas no serviço, por meio da apreciação da qualidade, acolhimento, estrutura física, entre outros aspectos que ajudam a delimitar os

critérios e categorias a serem incluídos no modelo quantitativo a ser produzido. A utilização da entrevista semi-estruturada como método qualitativo vem da necessidade de compreender situações particulares, simbólicas e relações subjetivas, podendo ser interessante à integração com as metodologias quantitativas¹⁰, e que neste artigo contribuiu tanto para apoiar a construção do instrumento quantitativo, como para propiciar uma maior compreensão da realidade estudada.

A escolha da maternidade para abordar as puérperas se deu por ser o local onde a mulher passa um dos momentos mais intensos da gestação, que é o parto, e por permitir uma avaliação da puérpera ainda na internação, e já tendo vivido todo o seu processo de cuidado no pré-natal e parto. Na Paraíba, a maior parte dos partos ocorrem em 20 hospitais, situados em municípios de maior densidade populacional, sendo que apenas 4 cidades, das 223 existentes no estado, têm capacidade de realização de partos de alto risco. Na capital do estado, João Pessoa, que possui a maior concentração tecnológica e de especialidades para o cuidado perinatal, localiza-se a maternidade com a maior demanda de partos do estado, o Instituto Cândida Vargas (ICV). Por estar desenvolvendo atividades de mudança no modelo de cuidado a partir da política Rede Cegonha, o ICV foi escolhido como referência para a realização de uma pesquisa. Após conhecer os diferentes setores da maternidade, fizeram-se entrevistas semi-estruturadas com as puérperas, visando compreender as diferentes experiências de cuidado, e conversar sobre os aspectos que estas consideraram importantes para a satisfação e a qualidade do cuidado.

As entrevistas semi-estruturadas com gestores e profissionais de saúde, foram para compreender as suas visões sobre a Rede Cegonha, e as transformações vividas nos últimos anos na política de assistência perinatal, trazendo uma visão de questões que, não necessariamente, foram percebidas pelas puérperas, mas seriam centrais para as dimensões que iriam compor a análise da qualidade do cuidado. A escolha dos entrevistados foi intencional, identificando informantes-chave para a pesquisa. No total foram entrevistadas 11 pessoas, sendo 06 puérperas, 03 profissionais de saúde e 02 gestores durante os meses de abril e maio de 2015. Durante essa vivência, iniciou-se a revisão sobre as políticas de assistência ao parto, pré-natal e puerpério, priorizando a análise das reformulações recentes, e das mudanças propostas pela Rede Cegonha, como a ideia de rede e proposta de mudança no modelo de cuidado.

As entrevistas foram registradas, gravadas e transcritas, foi também feito um diário de campo a partir das entrevistas realizadas e do trabalho de campo e, a partir disso, discutido em

reuniões com o grupo de pesquisa do Observatório das Redes de cuidado no SUS, apoiando a análise dos dados.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, com o registro CAE 42538515.4.0000.5188, respeitando a confidencialidade prevista na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, resguardando-se a privacidade dos participantes, aos quais foi disponibilizando Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

DIMENSÕES DA SATISFAÇÃO NOS CUIDADOS PERINATAIS

A avaliação da satisfação sempre esteve muito presente em quase todos os segmentos que ofertam bens e serviços. É uma área que vem sendo cada vez mais pesquisada tanto em empresas que visam ao lucro e, portanto, a adequação dos seus produtos e serviços às necessidades dos consumidores, como também vem crescendo a pesquisa de satisfação em várias áreas da administração pública. A satisfação é atribuída a uma reação subjetiva do usuário ou cliente ao serviço ou produto, sendo muito discutida em relação com a confirmação ou desconfirmação das expectativas prévias, sendo bastante relacionada com a qualidade dos serviços prestados ou produtos^{11,12}. A qualidade é uma dimensão que, comumente, aparece na avaliação da satisfação de diferentes áreas, estando muito relacionada com a satisfação, e com os fatores intrínsecos de utilização do serviço ou desempenho de produto¹¹⁻¹³. A qualidade é discutida como uma variável indicadora do construto produto¹⁴. Nas empresas que ofertam serviços ou produtos pagos, o valor entra como um outro construto relacionado com a satisfação que é explicado pela qualidade do serviço ou produto^{11,13,14}.

Na área da saúde, a avaliação vem crescendo proporcionalmente com o desenvolvimento de políticas de saúde e, apesar de existirem as diferenças entre as pesquisas voltadas a um desenvolvimento teórico metodológico e as avaliações mais próximas a uma necessidade de resposta mais rápida para a uma ação ou programa, o crescimento da avaliação vai sendo também relacionado com o maior ou menor desenvolvimento de políticas públicas nas diferentes áreas temáticas. Esse crescimento é observado no aumento de sua produção científica, em parte por esse maior investimento público, com um maior destaque para publicações relacionadas à avaliação de programas e também com uma crescente produção na avaliação da atenção básica¹⁵. A qualidade em saúde é muito presente na avaliação em saúde, em diversos métodos e formas de pesquisa. É um conceito complexo, multidimensional e de vários sentidos, o que torna impossível que se tenha um único olhar para a qualidade. Furtado ao discutir

a avaliação de programas e serviços, faz uma aproximação da avaliação com a necessidade de melhor compreensão e análise de um programa, para promover sua modificação e qualificação.¹⁶

A satisfação é objeto de uma larga gama de estudos, tanto na área da saúde, como nas áreas de marketing e administração, inclusive nos estudos que abordam a assistência ao pré-natal e puerpério. Assim como a avaliação, a satisfação também tem tido inúmeras abordagens e metodologias desenvolvidas nas últimas décadas, criando um campo de estudo bastante amplo com múltiplos olhares e perspectivas, mas também com uma delimitação não muito precisa. Em uma revisão sobre satisfação do usuário, Esperidião e Trad¹⁷ mostram a dificuldade de construir um conceito que consiga englobar a complexidade do tema e as múltiplas abordagens sobre ele. A expectativa do usuário sobre o serviço e as relações entre a expectativa, os seus desejos e a experiência vivida é abordada por diferentes perspectivas e com divergência entre os autores. As categorias analisadas concentram-se em aspectos relativos ao paciente, tais como as características demográficas, expectativas e doença, além das características relativas ao serviço. Segundo as autoras, a satisfação pode ser utilizada tanto para avaliar a qualidade do serviço, como para uma maior compreensão da percepção do usuário, estando relacionada a diversos aspectos do cuidado, tanto específicos da área da saúde, como também a questões como limpeza, conforto e alimentação¹⁷. Ao longo dos anos, vêm-se aprimorando os estudos de satisfação do usuário dos serviços de saúde, procurando analisar a qualidade do serviço a partir do seu olhar. Algumas perspectivas compreendem a satisfação não apenas como um elemento importante para o tratamento, consolidando a visão do usuário como aspecto central na avaliação da qualidade dos serviços. Entre as diversas dimensões observadas nestas propostas, destacam-se a qualidade técnica dos profissionais, a estrutura física dos serviços e as formas como o profissional acolhe e se relaciona com o usuário¹⁸.

A saúde da mulher é uma das áreas que tem sido priorizada nas políticas públicas ampliando seu acesso e alcance após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e também, em decorrência disso, é uma área com uma grande quantidade de estudos sobre avaliação. Enfocando a atenção à saúde da mulher, existe uma concentração maior de estudos no pré-natal, parto e puerpério. E, entre as metodologias utilizadas, existe uma concentração de estudos sobre a satisfação do usuário e sua relação com a qualidade dos serviços. Há ainda uma preocupação com a humanização, acolhimento, vínculo e com a necessidade de uma visão integral para o cuidado¹⁹.

O *Service Quality* (SERVQUAL) é um instrumento bastante utilizado na administração e marketing construído em 1985 por Parasunaman e colaboradores para avaliar a satisfação do cliente que tem inspirado vários instrumentos sobre satisfação do usuário. Possui cinco dimensões generalizáveis, a saber: tangibilidade, confiabilidade, presteza, segurança e empatia. Entre as críticas ao instrumento está o seu foco nos processos ao invés dos resultados, e nas expectativas do cliente que possibilita diferentes interpretações e dificulta a comparação dos resultados. O *Service Performance* (SERVPERF) é um instrumento que foi construído com o objetivo de ter um olhar maior para a qualidade, com as categorias propostas no SERVQUAL, considerando a satisfação como um antecedente da qualidade, dispensando a aplicação do instrumento para uma avaliação prévia das expectativas do cliente, o que torna a aplicação do questionário mais simples²⁰. Alguns estudos já realizaram adaptações do SERVQUAL e do SERVPERF para a área da saúde²¹. A dimensão tangibilidade corresponde à estrutura física do hospital, incluindo limpeza, apresentação dos funcionários e equipamentos. A confiabilidade tem relação com a competência técnica e com a realização do serviço conforme prometido. A presteza é a agilidade e rapidez em resolver os problemas e atender no tempo certo. A segurança tem relação com a ausência de risco ou perigo. E a empatia tem relação com um cuidado singular, onde as necessidades individuais são observadas e atendidas. Em um estudo de um hospital na área no Paraná, os autores encontraram um bom desempenho do serviço tendo sido a tangibilidade a dimensão com maior destaque positivo, sendo garantia e responsabilidade como as que mais contribuíram de forma negativa para a sua qualidade²¹. Nos cuidados perinatais há poucos trabalhos utilizando o SERVPERF para a avaliação da qualidade, dentre eles o de Martins que revelou ser um instrumento válido para medir a qualidade do serviço prestado em uma maternidade estudada²². Em estudo em um hospital da rede privada de São Paulo, a atenção, interesse e educação da equipe médica e de enfermagem foram os atributos que mais contribuíram para satisfação, e sabor da alimentação, instalações do banheiro e tempo de espera para o atendimento inicial foram os que mais contribuíram para insatisfação²³.

A satisfação da mulher em relação aos cuidados no trabalho de parto e nascimento é de natureza multidimensional²⁴, assim como observado na avaliação da satisfação em outras áreas. Sendo assim, é necessária a elaboração de um instrumento que contemple as várias dimensões associadas à satisfação. O tipo de parto é comumente associado com a satisfação, sendo identificado que fatores como parto normal e multiparidade influenciam positivamente na satisfação²⁴. No estudo de Gungor e Beji para desenvolvimento de um instrumento de sa-

tisfação e validação com gestantes da Turquia, encontrou um modelo final com as dimensões: suporte e cuidado profissional, informação e envolvimento na tomada de decisão, respeito à privacidade, expectativas, e facilidades do quarto e hospital²⁵.

As características estudadas em diversos países no mundo adentram nas percepções das mulheres sobre questões como a comunicação com a equipe, a ambiência do hospital, e também em questões muito presentes na humanização do parto e na Rede Cegonha como direito a acompanhante, decisão compartilhada com a paciente e a possibilidade do parto com menos intervenções e procedimentos médicos. Em estudo comparando a assistência obstétrica tradicional com um centro de parto modificada para um cuidado singular e em menor escala, os autores identificaram maior satisfação neste último, com um grande destaque para o estudo das relações entre a equipe de saúde e as mulheres e acompanhantes, incluindo o atendimento às necessidades, a compreensão e a possibilidade do paciente ser ouvido e levado a sério²⁶. Na Austrália, estudando a experiência de estrangeiras, foram utilizados como categorias o conforto e atuação da equipe, cuidado interpessoal, contato precoce com a criança, e trabalho de parto e o ambiente²⁷. Em um estudo realizado no Canadá, Chalmers²⁸ analisa as intervenções no trabalho de parto e nascimento como episiotomia, posição de supino no parto, analgesia de rotina, e monitorização contínua. Os autores encontraram grande variação na realização destes procedimentos no país, e alguns indicadores expressando que muitas vezes as evidências e protocolos não são seguidos, como na taxa de 47,9% dos nascimentos em posição de supina²⁸. Apesar de não ter tido o foco na satisfação do usuário, traz alguns elementos deste que contribuem para a construção do instrumento do presente estudo, por ser alvo da Rede Cegonha diminuir os procedimentos e intervenções desnecessárias no parto, sendo necessária a comparação da realização de procedimentos e intervenções com a satisfação do usuário.

O suporte emocional e qualidade geral da equipe de saúde são alguns dos principais fatores associados à satisfação e qualidade em alguns estudos, nas abordagens de avaliação no parto e trabalho de parto, como no cuidado pós-natal^{29,30}. O suporte social de familiares, amigos ou uma boa comunicação com a equipe de saúde, estiveram positivamente relacionados à satisfação em algumas análises^{31,32}. Alguns autores buscam a construção de um instrumento mais amplo para avaliação do cuidado pré-natal, parto e puerpério através de indicadores de boas práticas obstétricas, de acesso ao pré-natal e parto, e de intervenções importantes no cuidado materno-infantil^{33,34}. Em um estudo em uma população com algum problema emocional ou físico foram avaliadas questões como período de primeiro de início do pré-natal, número de consultas e alguns exames no período pré-natal; se tinha conhecimento da equipe, escolha

do local de nascimento, analgesia, e escolha de posição confortável no parto; e tempo de permanência no hospital, aleitamento, consultas de puerpério, e orientação de contracepção no período do puerpério³³.

Ao estudar as dimensões da satisfação nos serviços públicos de saúde, destacam-se como diferenças em relação aos estudos em organizações privadas de saúde que a lealdade e o preço deixam de ser dimensões importantes, uma vez que não há muita competição entre os serviços, e nas organizações públicas não há cobrança pelos serviços. A qualidade é um construto bastante presente nos estudos de análise de satisfação na área da saúde, surgindo também satisfação técnica, competência e efetividade com sentidos próximos, esta última no sentido de avaliação de sucesso na conduta proposta³⁵⁻³⁷. Outro grupo de variáveis bem presente na análise da satisfação é a análise da experiência da relação intersubjetiva entre o profissional da saúde e o usuário, como a influência do modo de decisão de tratamento com o paciente^{38,39}, e a relação da empatia e satisfação com aderência ao tratamento⁴⁰. Em um estudo no setor de farmácia, o modelo de mensuração proposto incluía a atitude e prontidão da equipe, disponibilidade de medicamento⁴¹.

A construção do modelo de avaliação da qualidade e satisfação do cuidado na rede cegonha se deu inicialmente partir da revisão de literatura, aproveitando instrumentos da área da saúde, com também do marketing e da administração. Apesar de não existir um consenso de um instrumento ideal para avaliar a satisfação na área da saúde, três dimensões principais aparecem nos estudos: relação profissional de saúde / paciente, estrutura física, gestão do processo de trabalho⁴². O SERVQUAL foi bastante útil no trabalho inicial, do qual se analisaram as dimensões e os atributos mais próximos do cuidado materno-infantil. A partir disso, foram incorporados novos atributos e construtos para análise partindo partir da revisão teórica dos estudos sobre avaliação da satisfação e da qualidade do cuidado perinatal. Após a revisão de literatura, obteve-se um instrumento com 4 dimensões (Tabela 1), a saber: estrutura física, acolhimento, qualidade técnica e pré-natal.

Tabela 1 – Dimensões da Avaliação da Qualidade e Satisfação do Cuidado na Rede Cegonha		
Dimensões	Descrição	Estudos
Estrutura Física	- corresponde ambiência, conforto, equipamentos, higiene e limpeza	- Hennegan <i>et al.</i> , 2014 - Gungor e Beji, 2012 - Ross-Davie, 2013

Tabela 1 – Dimensões da Avaliação da Qualidade e Satisfação do Cuidado na Rede Cegonha		
Dimensões	Descrição	Estudos
Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> - respeito sobre a privacidade, informações sobre o cuidado, participação do paciente nas decisões - tem relações com itens das categorias de empatia e presteza do servqual 	<ul style="list-style-type: none"> - Hennegan <i>et al.</i>, 2014 - Gungor e Beji, 2012 - Ross-Davie, 2013 - Mecllellan e Ladilaw, 2013
Qualidade Técnica	<ul style="list-style-type: none"> - inclui a competência profissional, respeito a pessoa, confiança e segurança com a equipe 	<ul style="list-style-type: none"> - Mumtaz, 2014 - Hennegan <i>et al.</i>, 2014
Pré-Natal	<ul style="list-style-type: none"> - avaliar acesso a consultas e exames pré-natais nas unidades de cuidados primários, incluindo a acolhida e relacionamento pela equipe. 	<ul style="list-style-type: none"> - Matejic <i>et al.</i>, 2014 - Mumtaz <i>et al.</i>, 2014
Boas práticas de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> - inclui avaliar a participação da usuária nas decisões, contato com o recém-nascido, entre outras questões presentes na portaria da Rede Cegonha. 	<ul style="list-style-type: none"> - Brasil, 2011

Fonte: elaboração própria

A estrutura física é a dimensão correspondente à tangibilidade do SERVQUAL, e traz elementos correspondentes na avaliação da estrutura física da maternidade onde foi o parto, incluindo algumas questões relacionadas a ambiência previstas na portaria da rede cegonha. Essa é uma das dimensões bastante avaliada em diversos instrumentos (Tabela 1). O Acolhimento é uma dimensão que agrada os atributos relacionados à privacidade, ao respeito as singularidades e desejos, e a participação da mulher nas decisões sobre o cuidado. Articula alguns elementos dos construtos empatia e presteza do SERVQUAL, e também tem atributos bem utilizados como forma de mensurar a satisfação e a qualidade nos cuidados perinatais. A qualidade técnica é uma dimensão que se aproxima da avaliação da mulher em relação aos profissionais de saúde, incluindo a confiança e segurança com a equipe de saúde. A dimensão pré-natal foi incluída pelo caráter desse estudo de propor avaliar o funcionamento da rede de cuidado, e inclui atributos que se dispõe a avaliar o cuidado pré-natal a partir das percepções da puérpera, incluindo o acesso a consultas e exames com agilidade, e a relação com a média e alta complexidade. A dimensão boas práticas de cuidado foi incluída para abordar algumas especificidades estimuladas na Rede Cegonha que não são evidenciadas nos ítems anteriores, como a participação das mulheres nas decisões sobre o parto, o contato com o recém nascido e a vinculação e orientações sobre amamentação (Tabela 1).

AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES E ESTRUTURAÇÃO DO MODELO

As entrevistas se deram após a construção do modelo. Partiu-se das questões abertas e depois se aprofundou nas percepções sobre as dimensões e atributos do modelo proposto. Das seis puérperas entrevistadas, todas declararam que, em uma avaliação global, o serviço da maternidade foi satisfatório. Os aspectos de maior destaque nas entrevistas foram: a estrutura física, a presença do acompanhante e o tempo de espera no acolhimento da maternidade. Nas entrevistas com profissionais e gestores surgiram, além das categorias anteriores, o parto humanizado, a dificuldade de comunicação com as unidades de saúde da família, além de outras questões de reestruturação do hospital após a Rede Cegonha.

O Acolhimento é um dos aspectos em que a maternidade estudada vem passando por estruturação. Anteriormente, os atendimentos eram por ordem de chegada e após o apoio no Plano de Qualificação das Maternidades, essa maternidade vem passando pela estruturação do Acolhimento com Classificação de Risco. Nesta estratégia, inicialmente, a enfermagem avalia a usuária, classificando seu risco de acordo com a gravidade, sendo ordenado o fluxo de acesso de acordo com a escala de cores e tempo de espera para atendimento⁴³. As salas onde ocorrem a escuta pela enfermagem e a consulta médica vêm passando por uma reforma para melhorar o conforto e a privacidade local. As mulheres identificaram o Acolhimento como ótimo e o tempo de espera satisfatório para as suas necessidades, exceto por uma das mulheres que chegou de ambulância e pela expectativa que tinha de gravidade, achou que demorou para ser atendida.

A ambiência foi um dos aspectos discutidos nas entrevistas com gestor, e que vêm ocorrendo mudanças desde o acolhimento inicial até as salas de parto e alojamento conjunto. A estruturação de um ambiente de parto com maior respeito à gestante e que proporcione o cuidado no trabalho de parto e puerpério imediato é um ponto de destaque na rede cegonha³. Além disso, tem-se a ideia de medidas não farmacológicas que possam auxiliar no parto normal, minimizando a dor. A maternidade estruturou um espaço com bolas e cavalinhos para o trabalho de parto. Apesar de existirem camas para pré-natal, parto e puerpério, ainda é difícil de ocorrerem os partos nos alojamentos, pois a privacidade é pequena, assim como tem pouco espaço para atuação da equipe de saúde, sendo comumente realizado nas salas de parto.

“A gente já vem mudando. Tem que mudar ambiência. Se não mudar ambiência, a gestante não terá atendimento qualificado. A gestante precisa se sentir acolhida. Precisa de bola, ca-

valinho, opções não farmacológicas. A mudança de prática também precisa acontecer.” (gestor 1)

A estrutura física do hospital foi analisada como satisfatória pelas mulheres, entretanto, um dos consensos das puérperas em relação aos aspectos negativos foi o calor nos ambientes do hospital, que não são climatizados. Um ponto de difícil análise tanto para avaliação da estrutura física quanto na avaliação do modelo obstétrico se relaciona às expectativas iniciais da gestante em relação a maternidade, e como isso vai se dando no processo de cuidado. Então, muitas vezes, a estrutura física esperada é parecida com a estrutura tradicional, e não com as propostas da Rede Cegonha ainda não incorporadas pela maternidade. Do mesmo modo, a mulher provavelmente chega à maternidade com uma ideia de parto também próxima do modelo de cuidado hegemônico, e não necessariamente identificaria como ruim, por exemplo a posição de supina e a episiotomia. Ressalta-se que o combate à violência obstétrica, o respeito às decisões da gestante e suas singularidades em toda a gestação e parto, bem como as boas práticas obstétricas, são pontos importantes na Rede Cegonha. Em uma das entrevistas dos profissionais, é referida a presença ainda forte de práticas obstétricas conservadoras como as episiotomias de rotina, Kristeller, e de hidratação com soro continuamente.

“Tem profissionais que colocam soro de rotina, faz episiotomia, faz kristeller, sem dialogar com a gestante.” (profissional 1)

“Se foi um seguimento bem feito, é um bebê sem complicação [...] não tenho nada contra, até porque, assim, nascimento é tão natural, essa história de hospital, ele muito mais altera o curso do parto do que ajuda, por isso que eu acho que o trabalho [...] de qualquer pessoa que está ali, na hora do nascimento, está pra dar uma conduzida, mas não interferir muito [...] no final das contas a gente tem muito mais iatrogenia do que se pensa que tem” (profissional 2)

A presença do acompanhante em no trabalho de parto, parto e puerpério imediato é garantida pela Lei 11.108/05 e ratificada na portaria da Rede Cegonha como uma das ações no componente parto e nascimento. Outra ação da Rede Cegonha que surgiu nas entrevistas dos profissionais e gestores foi a vinculação da gestante, ainda no pré-natal, à maternidade onde terá o parto³. No serviço estudado a maioria das gestantes conseguem o acompanhante durante o parto normal, mas grande parte delas ainda tem a presença do acompanhante barrada durante as cesarianas. Uma das gestantes não pode ter a mãe como acompanhante por ter sido desaconselhada a ter uma acompanhante idade superior a 60 anos, e a nenhuma das puérperas que fizeram cesariana foi permitido ter acompanhante no centro cirúrgico. Uma das puérperas

já conhecia a maternidade por ter feito o pré-natal dela, mas não foi ofertado às gestantes conhecer o ambiente que terá o parto, inclusive a que já conhecia o ambulatório da maternidade. A aproximação dessas questões com as boas práticas de cuidado na gestação, parto e nascimento nos fez caracterizar esta dimensão como boas práticas de cuidado, e pela presença direta das boas práticas nos objetivos e ações da Rede Cegonha, é um recorte importante de análise desta rede.

A comunicação com a Atenção Básica foi um dos aspectos abordados pelos profissionais e pelos gestores como deficiente na rede de cuidados, pelas dificuldades nas informações de referência e contra-referência. O pré-natal de baixo risco é realizado na Estratégia Saúde da Família, mas também podendo ser nas Unidades Básicas de Saúde tradicionais ainda existentes em João Pessoa, e o pré-natal de alto risco é realizados em certos especializados.

“A gente tem uma dificuldade de comunicação com a atenção básica. é comum chegar no alto risco mulheres de baixo risco não acompanhadas na atenção básica. Tem medicamentos e exames que demoram muito a serem feitos na atenção básica.” (gestor 1)

Neste sentido, percebe-se a avaliação do pré-natal como uma dimensão importante da avaliação da satisfação e da qualidade dos cuidados na rede perinatal, devendo ser considerada a existência e disponibilidade das consultas e do pré-natal nas unidades de cuidados primários e a empatia desses profissionais com a mulher, a realização de exames e medicamentos prescritos no pré-natal.

As entrevistas ajudaram a sistematizar as variáveis indicadoras e a elaboração de questões que fossem de fácil compreensão para o contexto brasileiro. Surgiram das entrevistas também outros indicadores para análise apresentados na Tabela 2. As dimensões permaneceram as mesmas já encontradas na revisão teórica na Tabela 1. A partir das entrevistas com puérperas, profissionais de saúde e gestores houve uma melhor definição e sistematização das variáveis indicadoras.

Tabela 2 - Dimensões e atributos	
Dimensões	Atributos
Estrutura Física	Instalações Higiene e limpeza Informações visuais disponíveis

Tabela 2 - Dimensões e atributos

Dimensões	Atributos
Acolhimento	O tempo de casa até o hospital
	O tempo de espera para o atendimento na recepção e enfermagem
	O tempo de espera para atendimento pelo médico após a classificação de risco
	O tempo de espera para atendimento nas enfermarias pré-parto
	A equipe genuinamente se preocupou com o bem estar o tempo todo
	Privacidade
	Comunicação com a equipe
	Os funcionários compreendem as necessidades
	Respeito
	Resolução de problemas e reclamações
Qualidade Técnica	Serviços aconteceram de acordo com suas expectativas
	Os profissionais médicos são competentes
	A equipe de enfermagem possui profissionais competentes
	Privacidade
Pré-Natal	Acesso a Medicamentos
	Acesso as consultas
	A equipe do pré-natal tinha boa qualidade técnica
	Acesso a exames no tempo certo conforme solicitado
	Participou das decisões sobre parto
Boas práticas de cuidado	Direito a acompanhante
	Recebeu informações no hospital sobre o trabalho de parto e parto
	Orientação sobre amamentação e cuidados com bebe
Contato com o bebê (pele a pele e amamentação)	

Fonte: elaboração própria

A dimensão Acolhimento obteve um maior número de indicadores, agrupando questões relativas ao tempo de espera e ao relacionamento interpessoal, o que pode sugerir uma subdivisão desse construto em duas outras dimensões: empatia e tempo de espera. A estrutura física foi o construto com menor quantidade de indicadores, ficando as demais dimensões sendo explicadas por 4 ou 5 atributos. Esse modelo proposto e adaptado para a realidade da política materno infantil brasileira, é um ponto de partida inicial para análises posteriores para a avaliação da qualidade baseada na satisfação da mulher.

3 CONCLUSÃO

O fato das políticas de assistência às gestantes no Brasil ser uma das ações mais antigas desenvolvidas pelos serviços públicos de saúde não garantiu, até hoje, a integralidade da atenção a estas mulheres. Realizar o acompanhamento das mulheres nesta perspectiva não é um dilema só dos gestores da saúde. É um desafio posto para todos os atores sociais que constroem, em suas práticas cotidianas, o SUS. Acompanhar o desenvolvimento das reformulações das políticas públicas, incluindo a avaliação da qualidade na perspectiva da satisfação do usuário, deveria ser inerente ao processo de implementação das mudanças, e é fundamental para o fortalecimento e qualificação das políticas.

A Rede Cegonha, por ter sido normalizada em 2011, ainda tem um tempo relativamente recente de concepção e encontra-se em um momento propício para seu estudo. A avaliação qualitativa junto com gestores, profissionais e mulheres usuárias do serviço contribuiu bastante para um olhar sobre o cuidado à gestante, nascimento e puerpério na maternidade, e permitiu aprimorar os atributos e dar maior consistência as dimensões inicialmente construídas a partir da revisão sistemática. Acredita-se que o instrumento proposto neste artigo, possibilite uma visão ampla sobre os aspectos envolvidos na gestação, parto e nascimento, sintetizando um ponto de partida para análises e validações posteriores sobre a qualidade da Rede Cegonha na perspectiva da usuária.

Todos os autores participaram da concepção, delineamento, execução do trabalho, análise ou interpretação dos dados, redação e aprovação final do manuscrito. Não houve fontes de financiamento para esta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Melo MCP, dos Santos RAA, Cruz DD. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. *Cadernos de Cultura e Ciência*. 2015;13(2):76-89.
2. Brasil. Indicadores e Dados Básicos 2012. DATASUS. 2015.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do SUS a Rede Cegonha. 2011.
4. Vaconcelos ALR, Guerrero AVP. Um modelo lógico da rede cegonha. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2013;23(4):1297-316.
5. Polgliane RBS, Leal MdC, Amorim MHC, Zandonade E, Santos Neto E. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(7):1999-2010.
6. Martinelli KG. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2014;36(2):56-64.
7. Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*. 1997;13:469-78.
8. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20:925-36.
9. ABRAHÃO, A. L. et al. O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: GOMES, M. P. C. e MERHY, E. E. (Ed.). *Pesquisador IN-MUNDOL um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

10. Minayo MCS. Contradições e contrasensos na combinação de métodos quantitativos e qualitativos. IN:Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.
11. Tinoco M, Ribeiro J. Uma nova abordagem para a modelagem das relações entre os determinantes da satisfação dos clientes de serviços. *Revista Produção*. 2007;17(3):454-70.
12. de Paula Baptista P, da Silva WV, Goss LP. Qualidade percebida e seus impactos sobre a satisfação, confiança e lealdade: um estudo com varejistas eletrônicos de serviços de download gratuito. *Revista de Ciências da Administração*. 2011;13(30):249-77.
13. Marchetti R, Prado PH. Um tour pelas medidas de satisfação do consumidor. *Revista de Administração de Empresas*. 2001;41(4):56-57.
14. Watanabe EAM, Lima-Filho DO, Torres CV. Store image attributes and customer satisfaction in supermarkets in Campo Grande – MS. *Revista Brasileira de Marketing*. 2013;12(4):85-107.
15. Santos TMMG, Silva NC, Nogueira LT, Vilarinho LM, Nunes GBL. Tendências da produção científica sobre avaliação em saúde no Brasil. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2012;11(3).
16. Furtado JP. Avaliação de Programas e Serviços. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, editores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz; 2006.
17. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais User satisfaction assessment: theoretical and conceptual concerns. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(6):1267-76.
18. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10:599-613.
19. Lichand CC, Okagawa FS, de Campos CEK, Guimarães TB, D'Innocenzo M. Métodos de avaliação de qualidade na assistência à saúde da mulher no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Saúde Coletiva*. 2012;9(57):82-8.

20. Miguel PAC, Salomi GE. Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços. *Revista Produção*. 2004;14(1):12-30.
21. Cerioli D, Ceretta GF, da Rocha AC, Canterlle NMG. Análise da satisfação dos usuários dos serviços de clínicas médica e cirúrgica em um hospital do sudoeste do Paraná. *Rahis*. 2014;11(2).
22. Martins A, Crespo de Carvalho J, Ramos T. Assessing obstetrics perceived service quality at a public hospital. 2014.
23. Cruz WBS, Melleiro MM. Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2010;44(1):147-53.
24. Matejić B, Milićević MŠ, Vasić V, Djikanović B. Maternal satisfaction with organized perinatal care in Serbian public hospitals. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014;14(1):14.
25. Gungor I, Beji NK. Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. *Midwifery*. 2012;28(3):348-57.
26. Tingstig C, Gottvall K, Grunewald C, Waldenström U. Satisfaction with a Modified Form of In-Hospital Birth Center Care Compared with Standard Maternity Care. *Birth*. 2012;39(2):106-14.
27. Hennegan J, Redshaw M, Miller Y. Born in another country: Women's experience of labour and birth in Queensland, Australia. *Women and Birth*. 2014;27(2):91-7.
28. Chalmers B, Kaczorowski J, O'Brien B, Royle C. Rates of interventions in labor and birth across Canada: findings of the Canadian Maternity Experiences Survey. *Birth*. 2012;39(3):203-10.
29. Smith LF. Postnatal care: development of a psychometric multidimensional satisfaction questionnaire (the WOMBPNSQ) to assess women's views. *British Journal of General Practice*. 2011;61(591):e628-e37.
30. Ross-Davie MC, Cheyne H, Niven C. Measuring the quality and quantity of professional intrapartum support: testing a computerised systematic observation tool in the clinical setting. *BMC pregnancy and childbirth*. 2013;13(1):163.

31. Hung CH, Yu CY, Liu CF, Stocker J. Maternal satisfaction with postpartum nursing centers. *Research in nursing & health*. 2010;33(4):345-54.
32. McLellan J, Laidlaw A. Perceptions of postnatal care: factors associated with primiparous mothers perceptions of postnatal communication and care. *BMC pregnancy and childbirth*. 2013;13(1):227.
33. Redshaw M, Malouf R, Gao H, Gray R. Women with disability: the experience of maternity care during pregnancy, labour and birth and the postnatal period. *BMC pregnancy and childbirth*. 2013;13(1):174.
34. Mumtaz Z, O'Brien B, Higginbottom G. Navigating maternity health care: a survey of the Canadian prairie newcomer experience. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014;14(1):4.
35. Beyer AP, Szeinbach SL, Seoane-Vazquez EC, Gliem JA, Doan J, Wal GSV, et al. Assessing the reliability and validity of a newly developed insomnia treatment satisfaction questionnaire (ITSAT-Q). *Sleep medicine*. 2010;11(8):766-71.
36. Berg GM, Ekengren F, Lee FA, Acuna D, Burdsal C. Patient satisfaction with surgeons in a trauma population: testing a structural equation model using perceptions of interpersonal and technical care. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2012;72(5):1316-22.
37. Lei P, Jolibert A. A three-model comparison of the relationship between quality, satisfaction and loyalty: an empirical study of the Chinese healthcare system. *BMC health services research*. 2012;12(1):436.
38. Hölzel LP, Kriston L, Härter M. Patient preference for involvement, experienced involvement, decisional conflict, and satisfaction with physician: a structural equation model test. *BMC health services research*. 2013;13(1):231.
39. Quaschnig K, Körner M, Wirtz M. Analyzing the effects of shared decision-making, empathy and team interaction on patient satisfaction and treatment acceptance in medical rehabilitation using a structural equation modeling approach. *Patient education and counseling*. 2013;91(2):167-75.
40. Dang BN, Westbrook RA, Black WC, Rodriguez-Barradas MC, Giordano TP. Examining the link between patient satisfaction and adherence to HIV care: a structural equation model. *PloS one*. 2013;8(1):e54729.

41. Khudair IF, Raza SA. Measuring patients' satisfaction with pharmaceutical services at a public hospital in Qatar. *International journal of health care quality assurance*. 2013;26(5):398-419.

42. Almeida RS, Bourliataux-Lajoie S, Martins M. Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015;31:11-25.

43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. Brasília. 2014.