



**Universidade de
Aveiro
Ano 2012**

Departamento de Ciências Sociais, Políticas
e do Território

**ANDREIA PEREIRA
SANTOS MARQUES**

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DAS PUÉRPERAS
NOS CUIDADOS DE SAÚDE NO PARTO**



**Universidade de
Aveiro**
Ano 2012

Departamento de Ciências Sociais, Políticas
e do Território

**ANDREIA PEREIRA
SANTOS MARQUES**

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DAS PUÉRPERAS
NOS CUIDADOS DE SAÚDE NO PARTO**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Administração e Gestão Pública, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Cláudia Carvalho, Professora Auxiliar do Departamento de Ciências Económicas e Empresariais da Universidade Portucalense.

O júri

Presidente Professora Doutora Maria Luís Pinto
 Professora Associada, Universidade de Aveiro

Vogal Professora Doutora Leonor da Conceição Teixeira

Arguente Principal Professora Auxiliar, Universidade de Aveiro

Vogal Professora Doutora Cláudia Sofia Magalhães de Carvalho

Orientadora Professora Auxiliar, Universidade Portucalense

agradecimentos

Agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Cláudia Carvalho pela compreensão e dedicação que teve ao longo desta longa caminhada.

Agradeço ao meu marido pelo incansável apoio e incentivo.

Agradeço aos meus pais, pois foram os grandes impulsionadores do meu percurso académico.

Agradeço à minha irmã pela motivação contínua.

Agradeço a todos os profissionais e colegas do Bloco de Partos do Hospital de Aveiro.

palavras-chave Qualidade em serviços, Cuidados de Saúde no parto, Satisfação das puérperas

resumo O presente trabalho propôs-se avaliar a satisfação das utentes relativamente aos cuidados de saúde prestados no parto. Esta avaliação pretendeu aferir o nível de satisfação global e a sua discriminação em relação a diferentes aspetos de funcionamento da organização geral do serviço, do atendimento e dos cuidados de saúde prestados procurando-se ainda identificar em que medida algumas variáveis sociodemográficas, obstétricas e clínicas podem influenciar positiva ou negativamente essa satisfação. Foi também determinado, em relação a cada uma dessas dimensões, a satisfação com os aspetos específicos de desempenho e identificadas as áreas de intervenção prioritárias em termos de melhoria na perspetiva das utentes.

Neste contexto, o estudo empírico visa traçar o perfil das clientes do Serviço de bloco de Partos/Obstetrícia I do Hospital Infante D. Pedro, verificar a sua intenção de retorno e avaliar a perceção que elas têm da qualidade dos serviços de saúde prestados no parto, tendo como objetivo avaliar a satisfação das puérperas relativamente aos cuidados prestados no parto. Efetivou-se um estudo descritivo-correlacional com recurso a um instrumento de colheita de dados adaptado da escala SERVQUAL.

Concluiu-se que de um modo geral as puérperas encontram-se satisfeitas com os cuidados prestados, sendo a sua perceção supera a generalidade das expectativas. Contudo uma análise pormenorizada dos resultados permitiu identificar aspetos menos positivos e refletir sobre intervenções que visem a melhoria contínua do serviço, nomeadamente, a promoção da identificação adequada dos profissionais, a sugestão de medidas para diminuir a incidência de cesarianas, bem como, o alerta para a necessidade de reajustar os recursos humanos de acordo com as necessidades.

Keywords

Service Quality, Health care in childbirth , Mothers' Satisfaction

abstract

This study is intended to assess the satisfaction of clients with respect to health care provided during childbirth. More precisely, the research aimed to assess the level of overall satisfaction and the identification of different aspects of the organization's overall service functioning and provided health care. It is also designed to identify the extent to which certain demographic, obstetric and clinics variables can influence positively or negatively said satisfaction levels. It was also determined, for each of these dimensions, the level of satisfaction with specific aspects of performance, and the priority intervention areas, in terms of user's perspective identified.

In this context, the empirical study aims to outline the "Bloco de Partos/ Obstetrícia I" service user profile, at the Hospital Infante D. Pedro in Aveiro, to estimate the user's intention to return, and assess the perception they have of the quality of health services provided during delivery, and also to evaluate the mother's satisfaction regarding care. It was carried out a descriptive-correlational study using a data collection instrument adapted from SERVQUAL.

It was concluded that, in general, mothers are satisfied with the provided care, and that this perception generally outperforms expectations. However, a detailed analysis of the results allowed for the identification of the less positive aspects, and reflects on a few interventions aimed at continuous service improvement, including the promotion of proper identification of the professionals, implementation of measures to reduce the incidence of cesarean sections, as well as human resources management according to service needs.

ÍNDICE DE TÍTULOS

	Pág.
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA	3
1.1. Introdução	3
1.2. Relevância da avaliação da qualidade em serviços	3
1.3. Modelos e ferramentas para avaliação da qualidade em serviços	6
1.4. Modelo dos GAPS e ferramenta SERVQUAL	11
1.5. Principais aspetos sobre a satisfação nos serviços de saúde	17
1.5.1. Conceito de satisfação em serviços de saúde	17
1.5.2. As dimensões da satisfação em serviços de saúde	21
1.5.3. Medida e avaliação da satisfação em serviços de saúde	23
1.6. Qualidade nos serviços de saúde	29
1.7. Cuidados de saúde no parto	36
1.8. Conclusão	44
CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	45
2.1. Introdução	45
2.2. Caracterização do estudo	45
2.2.1. Questões e hipóteses de investigação	46
2.2.2. População e amostra	47
2.2.3. Procedimentos éticos	48
2.3. Instrumento de recolha de dados	49
2.4. Conclusão	50
CAPÍTULO III – ESTUDO EMPÍRICO	53
3.1. Introdução	53
3.2. Apresentação do Hospital	54
3.3. Procedimentos de recolha e tratamento dos dados	56
3.4. Análise dos dados	58
3.5. Caracterização geral da amostra	59
3.5.1. Variáveis sociodemográficas	60
3.5.2. Variáveis obstétricas e clínicas	62

3.6. Apresentação dos resultados	63
3.7. Discussão dos resultados	79
3.8. Síntese	82
CAPÍTULO IV – CONCLUSÃO	85
4.1. Introdução	85
4.2. Síntese e conclusão	85
4.3. Ilações para a gestão	87
4.4. Limitações do estudo	88
4.5. Pistas para investigação futura	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXO – Questionário de avaliação da satisfação das puérperas em relação aos cuidados de saúde no parto.	101

ÍNDICE FÍGURAS

Figura 1 - Modelo de GRÖNROOS-GUMMESSON	10
Figura 2 - Modelo dos GAPS	11

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Características dos serviços	5
Tabela 2 – Instrumento SERVQUAL	14
Tabela 3 – Abordagens do conceito satisfação	19
Tabela 4 – Contributos para a definição do conceito de satisfação	20
Tabela 5 – <i>Modelo dos GAPS</i>	24
Tabela 6 – As cinco dimensões da qualidade de serviço	24
Tabela 7 – Qualidade no modelo industrial versus assistência médica	31
Tabela 8 – Trilogia de DONABEDIAN	32
Tabela 9 – Dimensões da qualidade	34
Tabela 10 – Dimensões de qualidade do serviço de saúde hospitalar	36

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Consistência interna da escala SERVQUAL	58
Quadro 2 - Resultado da aplicação do teste de <i>normalidade de Kolmogorov-Smirnov</i> (com <i>correção de significância de Lilliefors</i>) para avaliação da aderência à normalidade da escala SERVQUAL quanto às expectativas e à percepção (n=120)	59
Quadro 3 - Estatísticas resumo da variável idade das puérperas (n=120)	60
Quadro 4 - Distribuição dos elementos da amostra em função das características sociodemográficas (n= 120)	61
Quadro 5 - Distribuição dos elementos da amostra em função das características obstétricas (n=120)	62
Quadro 6 – Estatísticas resumo das variáveis (n=120)	63
Quadro 7 – Média, desvio padrão, coeficiente de variação e <i>gaps</i> (diferença entre expectativa e percepção) da escala SERVQUAL.	64
Quadro 8 – Valores do teste de <i>Wicoxon</i> realizado à escala entre a expectativa e a percepção	66
Quadro 9 – Valores do teste de <i>Wicoxon</i> realizado à escala entre a expectativa e a percepção	70
Quadro 10 – Correlação entre a idade das puérperas e a escala SERVQUAL (n=120)	72
Quadro 11 – Resultados dos testes de <i>Mann-Whitney</i> referentes à escala SERVQUAL em função da variável “Estado Civil” (n=120)	72
Quadro 12 – Resultados dos testes de <i>Mann-Whitney</i> referentes à escala SERVQUAL em função da variável “Habilitações literárias” (n=120)	73
Quadro 13 – Resultados dos testes de <i>Mann-Whitney</i> referentes à escala SERVQUAL em função da variável “Situação laboral” (n=120)	73
Quadro 14 – Resultados dos testes de <i>Mann-Whitney</i> referentes à escala SERVQUAL em função da variável “Composição do agregado familiar” (n=120)	74
Quadro 15 – Correlação entre as variáveis “Número de Partos” (n=120) e “Semanas de Gestação” (n=117) das puérperas e a escala SERVQUAL	75

Quadro 16 – Resultados do teste de <i>Kruskal-Wallis</i> referentes à escala SERVQUAL em função da variável “Tipo de Parto” (n=120)	75
Quadro 17 – Resultados do teste de <i>Mann-Whitney</i> referentes à escala SERVQUAL em função da variável “Profissional de Saúde que realizou o Parto” (n=33)	76
Quadro 18 – Correlação entre a “Duração do Trabalho de Parto” e a escala SERVQUAL (n=114)	77
Quadro 19 – Resultados do teste de <i>Mann-Whitney</i> referentes à escala SERVQUAL em função da variável “Curso de Preparação para o Parto” (n=119)	77
QUADRO 20 – Distribuição dos elementos da amostra em função da avaliação dos cuidados de saúde na sala de partos (n=120)	78
QUADRO 21 – Distribuição dos elementos da amostra em função da avaliação dos cuidados de saúde na sala de partos (n=120)	78

LISTA DE SIGLAS

AEOP – Associação de Enfermeiros Obstetras Portugueses

APEO- Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

DGS – Direção Geral de Saúde

EFQM - *European Foundation for Quality Management*

ICM - *International Confederation of Midwives*

IQS - Instituto da Qualidade em Saúde

ISO - *International Organization for Standardization*

OMS – Organização Mundial de Saúde

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TQM - Gestão da Qualidade Total

INTRODUÇÃO

Atualmente o mundo empresarial é pautado por uma vincada competição, sendo que à sua semelhança as instituições públicas procuram oferecer serviços de qualidade, que atendam às expectativas dos seus clientes e os deixem satisfeitos. A satisfação do cliente é considerada importante para o bom funcionamento da instituição. ENGEL et al (2000) dizem que a sustentação da participação no mercado surge do compromisso com a satisfação, retenção do cliente e liderança da qualidade. Isto é, clientes satisfeitos tendem a reutilizar os serviços e a expressar a sua satisfação a terceiros por via da comunicação. Perante a possibilidade de escolha dos serviços a utilizar e face às crescentes exigências dos utilizadores dos serviços públicos, considera-se que há necessidade de conhecer o cliente e a sua avaliação sobre a qualidade do serviço que lhes foi prestado. Nesta linha de pensamento a avaliação dos serviços de saúde emerge como ferramenta para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A consciência, da beleza da gravidez e da maternidade enquanto fase particular do ciclo vital da mulher e da família, e do importante papel dos cuidados de saúde prestados nesta área, e em particular no momento do parto, está na base da escolha da temática desta dissertação, atendendo ainda à carência de estudos análogos em Portugal. De salientar que a abordagem desta problemática se reveste de certa importância estratégica, sob o ponto de vista da intervenção sócio organizacional, ao nível das políticas e práticas de gestão de recursos humanos. “As organizações, para terem clientes satisfeitos e leais, devem dispor de sistemas de avaliação e análise, de forma a conhecer a evolução destes ativos intangíveis e a implementar programas de melhoria.” (GUIMARÃES: 2009, p. 1)

Nesse contexto, este estudo visa traçar o perfil das clientes do Serviço de bloco de Partos/Obstetrícia I do Hospital Infante D. Pedro, verificar a sua intenção de retorno e avaliar a perceção que elas têm da qualidade dos serviços de saúde prestados no parto, tendo como objetivo avaliar a satisfação das puérperas relativamente aos cuidados prestados no parto.

Atendendo à necessidade de criar instrumentos de utilização periódica que permitam monitorizar a qualidade dos cuidados prestados e a implementação de medidas de melhoria contínua, considerou-se adequada ao estudo a elaboração de um questionário com base no instrumento SERVQUAL adaptado ao grupo em análise. A escolha da ferramenta SERVQUAL prende-se com o facto de este ser um instrumento de vasta

aplicação na avaliação da qualidade em serviços e também em serviços de saúde, paralelamente evidencia-se a vantagem competitiva que os resultados associados à sua aplicação podem facultar à Instituição em causa, visto que permitirão identificar as áreas consideradas de elevada qualidade pelas utentes, bem como as áreas a melhorar.

O presente trabalho encontra-se dividido em quatro capítulos distintos. Após esta introdução apresenta-se no primeiro capítulo a revisão da literatura para justificar e fundamentar o estudo empírico. Segue-se o segundo capítulo com a descrição das opções metodológicas, no qual se caracteriza o estudo, evidenciam-se as hipóteses e variáveis com respetiva operacionalização e identifica-se o instrumento de recolha de dados e os recursos necessários. No terceiro capítulo apresenta-se o estudo empírico, iniciando-se com a apresentação do Hospital, seguida da aplicação do questionário, e dos procedimentos de recolha, tratamento, análise, apresentação e discussão dos dados. Finalmente, no quarto capítulo efetua-se uma breve síntese, apresentam-se as conclusões do estudo, e retiram-se ilações para a gestão, finalizando com a apresentação das limitações do estudo e de pistas para investigação futura.

CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA

1.1. Introdução

A revisão da literatura constitui o primeiro capítulo deste estudo, uma vez que, tem um papel fundamental em qualquer trabalho académico, pois permite contextualizar o estudo. Neste sentido o objetivo é identificar os autores pertinentes para fundamentar o estudo com base na pesquisa literária, por forma a identificar a linha teórica em que o trabalho se insere.

Assim este capítulo divide-se em oito secções, iniciando-se com a presente introdução, à qual se segue uma análise da relevância da avaliação da qualidade em serviços e dos modelos e ferramentas para a avaliação da qualidade em serviços. Na quarta secção apresenta-se o Modelo dos *GAPS* e a ferramenta *SERVQUAL* evidenciando-se a sua importância para o estudo empírico. Segue-se a exposição dos principais aspetos sobre a satisfação nos serviços de saúde, no âmbito dos quais se apresenta o conceito de satisfação em serviços de saúde, as dimensões da satisfação, bem como, se explora a medida e avaliação da satisfação em serviços de saúde. Na sexta secção é analisada a qualidade nos serviços de saúde, seguindo-se uma reflexão sobre os cuidados de saúde no parto. O capítulo encerra-se com uma conclusão sumária.

1.2. Relevância da avaliação da qualidade em serviços

A noção de qualidade da Administração Pública foi introduzida em 1957 por *FEIGENBAUM* (1986). Contudo, a qualidade emergiu mundialmente na década de 80 do século passado como fator intrínseco à competitividade de mercado, constituindo-se como uma ferramenta de avaliação dos serviços (*SLACK et al., 1997*).

Existem várias abordagens e noções de qualidade. Neste contexto, *JURAN* e *GRYNA* (1970) definem qualidade como adequação ao uso atendendo às especificações e as expectativas do cliente. *CROSBY* (1979) defende que a qualidade pode e deve ser operacionalmente definida, medida, monitorizada, gerenciada e aperfeiçoada. Por sua vez, *GARVIN* (1984) caracterizou muitas das várias definições em cinco abordagens de

qualidade: abordagem transcendental, abordagem baseada na manufatura, abordagem baseada no cliente, abordagem baseada no produto e abordagem baseada no mercado.

Considerando o autor, na abordagem transcendental que a qualidade é algo que pode ser reconhecido, e não é definida, por outro lado, na abordagem baseada na manufatura a qualidade é a conformidade com a especificação, não incluindo o defeito do produto. Sendo que nesta abordagem é considerado apenas o ponto de vista do fabricante durante a produção e após a entrega do produto. Por outro lado, a abordagem baseada no cliente entende a qualidade como a adequação do produto ao propósito pretendido, isto é, o cliente vê o produto de uma perspectiva externa, ou seja, analisa se este está em conformidade com as suas próprias exigências. Por sua vez para a abordagem baseada no produto a qualidade é vista internamente sendo que a qualidade refere-se às características inerentes ao produto. Finalmente, a abordagem baseada no mercado, onde a qualidade depende do valor monetário que os consumidores estão dispostos a pagar pelo produto. Esta última abordagem pode unir as diferentes visões, como, a visão da qualidade do cliente, produto e fabricante, portanto, pode-se obter uma relação de custo/benefício do produto. DEMING (1986) considerado no Japão o pai do controle da qualidade, afirmou que a qualidade é uma atividade estratégica que otimiza a administração.

Apesar de amplamente abordado em pesquisas científicas, o tema da qualidade nos serviços ainda é objeto de muita discussão entre pesquisadores, gestores e administradores (FREITAS, 2005).

Na literatura do marketing em serviços, GRÖNROOS (1984) considera que a qualidade de um produto ou serviço é qualquer coisa que o cliente percebe que seja, de facto o importante é a qualidade como ela é percebida pelo cliente. Assim sendo, conclui que as expectativas do cliente têm um impacto relevante na sua percepção da qualidade, ou seja, uma boa qualidade é adquirida quando a qualidade experimentada corresponde às expectativas do cliente (à qualidade esperada). Por outro lado, se as expectativas não forem realistas, a qualidade total percebida vai ser baixa.

Assim, verifica-se que o estudo da qualidade evoluiu, e este conceito atualmente faz parte da vida quotidiana dos gestores de instituições públicas e privadas, enquanto variável estratégica e fator de tomada de decisão. Podendo-se mesmo afirmar que a busca pela qualidade é uma preocupação da sociedade, destacando-se a sua importância através de estudos para a desenvolver e a aplicação e construção de

ferramentas para a sua avaliação, sendo um conceito com múltiplas definições. RAMANI (2007, p.5) considera que a qualidade é «difícil de definir e quantificar mas fácil de reconhecer». Embora seja por si só uma palavra neutra, acaba por transportar significados diferentes para diferentes indivíduos e diferentes interpretações em diferentes situações. Desta forma, não se pode, de todo, assumi-la como um valor absoluto (PISCO, 2001).

Ainda assim PEGO (1998) salienta que, de uma forma geral, se assume que a qualidade apesar de diferir com o indivíduo, o momento, o lugar e a situação, é, habitualmente reconhecida por todos e apresenta, sempre, uma conotação positiva. A qualidade será então, um conceito multidimensional para a qual contribuem uma panóplia de fatores (PISCO, 2001), acabando as discordâncias entre as várias definições existentes por se encontrarem relacionadas com o tipo ou a dimensão da qualidade que cada uma dessas perspectivas realça (FERREIRA, 1991).

Com o intuito de contribuir para a compreensão do significado de «serviços», diversos autores têm identificado características relacionadas com este tema, dos quais se destaca PARASURAMAN et al. (1988), que apresentam quatro características dos serviços: simultaneidade, intangibilidade, heterogeneidade e percibibilidade (Tabela 1).

TABELA 1 – Características dos serviços

Características dos serviços	Definição
Simultaneidade	Os serviços são consumidos quase em simultâneo com o momento em que são produzidos, tornando difícil ou quase impossível detetar e corrigir as falhas, antes que elas ocorram e afetem o cliente.
Intangibilidade	Os serviços representam um produto não físico, ou seja, não pode ser transportado e/ou armazenado.
Heterogeneidade	A grande variedade de serviços existentes e o forte relacionamento com o fator humano dificultam a atividade de padronização.
Percibibilidade	Os serviços não podem ser armazenados para venda ou consumo posterior, pelo que só poderá evitar-se o desperdício se o consumo for simultâneo à produção do serviço.

FONTE: PARASURAMAN et al. (1988)

Segundo CRONIN e TAYLOR (1992), a procura da excelência nos serviços e a avaliação da qualidade dos serviços têm sido uma estratégia efetivamente utilizada por

organizações e instituições como vantagem competitiva. Neste contexto, ao longo dos anos diversos modelos e ferramentas foram desenvolvidos com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços, que serão apresentados na secção seguinte.

1.3. Modelos e ferramentas para avaliação da qualidade em serviços

As grandes mudanças na economia global, caracterizadas pela globalização e rapidez da evolução tecnológica, impõem a necessidade das organizações estarem cada vez mais comprometidas com a procura de maior competitividade traduzida em ganhos de eficácia e eficiência.

Em 1987, a entidade não-governamental de normalização ISO (*International Organization for Standardization*), com sede em Genebra na Suíça, ficou popularizada pela edição das normas ISO série 9000, que tratam o sistema de gestão da qualidade (ISO 9000, 1987). Com a globalização da economia, em busca de garantir o mercado para exportação as empresas passaram a produzir os seus produtos de acordo com a certificação de qualidade, permitindo ainda a melhoria de processos internos, uma maior capacitação dos colaboradores, bem como, a monitorização do ambiente de trabalho. As normas ISO 9000 possibilitam a criação de uma linguagem comum sobre sistemas de gestão de qualidade e por conseguinte a produção de bens e serviços com qualidade, com prazo de entrega determinado, atendimento correto, além de baixo custo e assistência técnica são garantias que assistem ao consumidor. Mais recentemente, a norma ISO 9001:2008¹ constitui uma referência internacional para a certificação de Sistemas de Gestão da qualidade. A certificação com esta norma reconhece o esforço da organização em assegurar a conformidade dos seus produtos/ serviços, a satisfação dos seus clientes e a melhoria contínua, sendo que a certificação é dirigida a qualquer organização, pública ou privada, independentemente da sua dimensão e setor de atividade. Assim, a adoção das normas ISO permitem às organizações uma maior organização, produtividade e credibilidade em campos tão distintos quanto materiais, produtos, processos e serviços.

Estamos diariamente envolvidos em transações de serviços e permanentemente confrontados com a tomada de decisão de que serviços consumir: como, quando e a quem os adquirir. Desta forma, o futuro das organizações depende, cada vez mais, da sua capacidade para satisfazer as necessidades implícitas e explícitas dos clientes e, o

¹ *Quality management systems - requirements*

grande desafio é o de descobrir o que o cliente quer face a tantas mudanças e priorizar os processos que criam valor para o cliente.

Assim, evidencia-se a gestão da qualidade total (*Total Quality Management – TQM*) enquanto ferramenta ao dispor da gestão dos serviços tendo por base o empenho de todos os colaboradores da empresa na política da qualidade, com um custo mínimo e com a satisfação total das necessidades implícitas e explícitas de todas as partes interessadas – *stakeholders*. Paralelamente, a maior contribuição da TQM centra-se no facto de a qualidade se tornar num elemento integrador entre a orientação para a produção e a orientação para o marketing, como advoga KOTLER (2005).

Para avaliar a qualidade de um serviço utilizam-se diversos modelos como ferramentas, normas, padrões, diretrizes, que em cada instituição são usados nos seus serviços para monitorizar os seus resultados. Os indicadores medem aspetos qualitativos ou quantitativos relativos ao meio ambiente, à estrutura, aos processos e aos resultados (GOMES & MENDES, 2008). Contudo, a avaliação da qualidade dos serviços é inevitavelmente mais complexa do que no caso particular dos produtos, uma vez que a intangibilidade dos serviços dificulta a medição do seu desempenho.

Por muito que uma empresa produtora de serviços controle todas as fases envolvidas no processo, desde a conceção até à entrega ao consumidor, torna-se muito difícil apreender com precisão qual é o julgamento utilizado por quem recebe o serviço. Da conceção à entrega são vários os fatores que podem estar envolvidos nesse critério de avaliação, e a qualidade é um deles. Neste sentido, ao falar da qualidade dos serviços não se pode deixar de fazer referência às duas escolas ligadas à sua gestão e das quais derivam os respetivos modelos: escola nórdica e escola norte-americana, apresentadas de seguida.

Sumariamente, GRÖNROOS (1984) da Escola Nórdica do marketing dos serviços considera que se obtém a qualidade total percecionada quando a qualidade experimentada satisfaz a qualidade esperada pelos clientes. Deste modo, a qualidade percecionada pelos clientes é a integração da qualidade técnica, da qualidade funcional e da imagem da empresa prestadora do serviço, dependendo ainda das expectativas dos clientes. A qualidade resulta assim da comparação entre a qualidade esperada e a qualidade experimentada pelo cliente ao utilizar o serviço. Por conseguinte, a qualidade percebida é positiva quando a qualidade experimentada alcança ou supera o que os clientes esperam do serviço e negativa quando a perceção é inferior.

Nesta linha de pensamento, a qualidade total percebida pelos consumidores apresenta duas dimensões:

- Técnica (ou do resultado) – corresponde aquilo com que os consumidores ficam após ter terminado o processo de produção e as interações entre comprador-vendedor;
- Funcional (ou relacionada com o processo) – corresponde ao modo como os consumidores recebem o serviço e como experimentam o processo simultâneo de produção e consumo.

No Modelo da Qualidade Percebida GRÖNROOS (1995, p.89) defende a ideia de que a qualidade dos serviços deve ser, acima de tudo, “aquilo que os clientes percebem”. Neste sentido, a imagem que o cliente retém do serviço permite-lhe qualificar a qualidade do mesmo em função da qualidade técnica e da qualidade funcional que essa imagem transmite, evidenciando que esta imagem diz respeito à forma como a sociedade vê a organização.

Por sua vez, PARASURAMAN et al. (1985) da Escola Norte-americana, definem qualidade de serviço percebida como a diferença entre as expectativas que os clientes têm do serviço e as percepções do serviço experimentado. Por conseguinte, os consumidores não avaliam apenas a qualidade do serviço em si, mas também o que recebem ao interagir com as empresas, por outras palavras, a acessibilidade, a aparência e o comportamento dos empregados (GRÖNROOS, 2000).

As experiências da qualidade encontram-se relacionadas com as atividades tradicionais do marketing, as quais incluem a publicidade, as relações públicas, o marketing direto, as vendas sob controlo da empresa, a comunicação boca a boca e as pesquisas sobre as necessidades dos clientes. Quanto à imagem, esta desempenha um papel central na percepção da qualidade dos serviços por parte dos consumidores, pelo que deve ser gerida de modo apropriado.

Considerando que o nível da qualidade total percebida é determinado pelo desvio entre a qualidade esperada e a qualidade experimentada, se as expectativas dos consumidores, em relação ao serviço, não forem realistas, a qualidade total percebida será baixa, ainda que a qualidade experimentada seja elevada (GRÖNROOS, 2000). Este aspeto deverá estar sempre presente na mente dos responsáveis do marketing e em programas da qualidade.

O modelo das 4Q de GUMMESSON (1987), da Escola Nórdica, faz referência aos fatores chave da organização (fontes da qualidade): qualidade na concepção, qualidade na produção, qualidade na entrega e qualidade nas relações cliente-fornecedor, com a intenção de ajudar os fabricantes e as empresas de serviços a gerir a qualidade. Todos podem e devem contribuir para a qualidade.

O modelo de GRÖNROOS-GUMMESSON (GRÖNROOS, 2000) da qualidade resulta da fusão do modelo da qualidade total percecionada com o modelo das 4Q e destina-se a ser aplicado na gestão da qualidade de empresas de serviços e industriais. Este modelo da qualidade foi concebido a partir das abordagens sobre a qualidade destes autores. Por um lado, encontramos a referência ao Modelo dos 4Q de GUMMESSON, baseado na noção de que todos contribuem para a qualidade e que existem diferentes fontes de qualidade numa organização e, por outro, faz o enquadramento ao Modelo de Qualidade Percecionada do Serviço de GRÖNROOS. Em consonância o modelo apresenta as quatro fontes da qualidade desenvolvidas no Modelo dos 4Q de GUMMESSON: qualidade da concepção, qualidade da produção, qualidade da entrega e qualidade relacional. A qualidade percecionada pelo consumidor é, assim, influenciada por estas fontes.

A concepção pode exercer uma influência sobre a qualidade técnica e pode ser uma fonte da qualidade funcional, pois o consumidor pode envolver-se na concepção melhorando a qualidade técnica e a organização pode empenhar-se na tentativa de solucionar os problemas dos clientes gerando melhorias na qualidade funcional. Por sua vez, a produção tem uma influência na qualidade funcional e determina a qualidade técnica. Como a produção e o consumo do serviço e simultâneo, o consumidor desempenha um papel ativo no processo de produção e fornecimento do serviço. A forma como o consumidor assimila e entende o processo de produção influencia a qualidade funcional.

GRÖNROOS (2000) reconhece a dificuldade em distinguir a entrega da produção, considerando a entrega como parte integrante do processo total da produção, pelo que os aspetos abordados na produção podem-se aplicar à entrega.

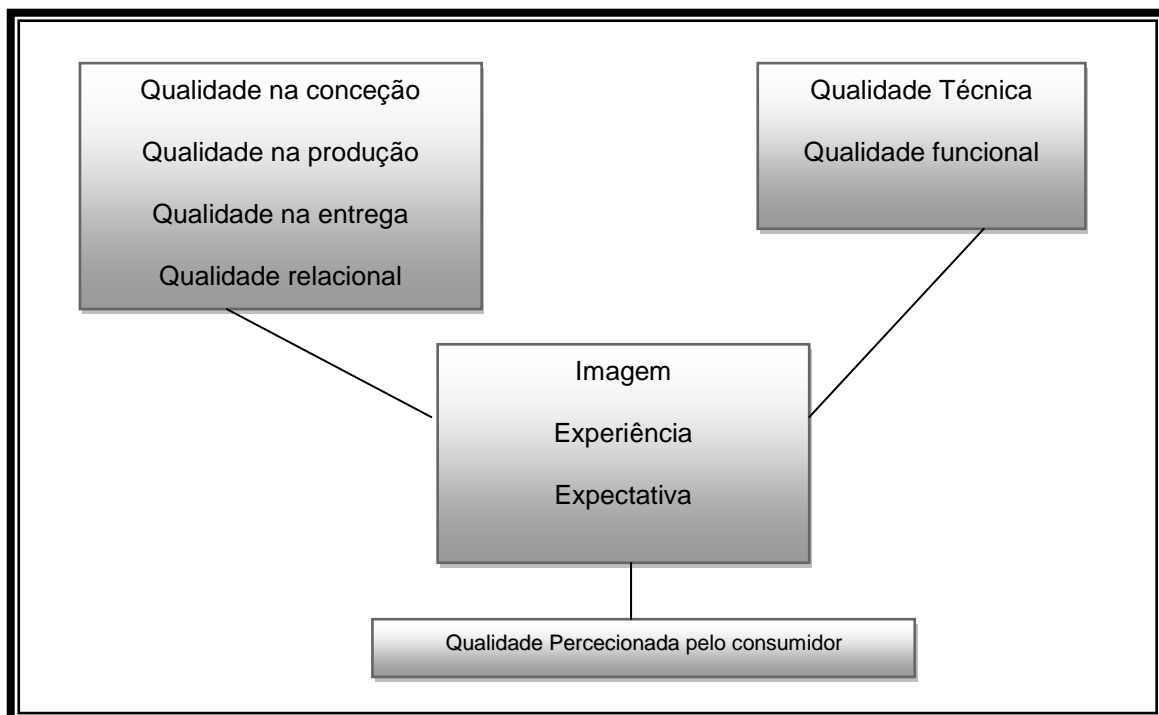
Por outro lado, a qualidade relacional depende das interações e relações entre os funcionários da organização e os consumidores. A sua influência é predominantemente funcional. Quanto maior for a acuidade da organização e dos seus agentes para com os seus clientes, melhor será o impacto sobre a qualidade. O modelo também evidencia as

expectativas criadas pelo consumidor e as experiências anteriores, como fatores determinantes para a qualidade percebida.

Também a imagem desempenha um papel importante sobre a qualidade. Uma boa imagem pode minimizar eventuais falhas do serviço, por outro lado, uma má imagem pode ampliar negativamente a qualidade percebida pelo consumidor. A qualidade percebida pelo consumidor resulta da avaliação do que foi esperado e do que foi experimentado, considerando a influência da imagem da organização.

O modelo proposto por GRÖNROOS-GUMMESSON (Figura 2) realça a importância de se observar e compreender os impasses sobre a qualidade, exercida pelas diversas áreas funcionais de uma organização e a existência de várias fontes da qualidade, das quais a produção do serviço é apenas uma delas. GRÖNROOS (2000) sugere que questões técnicas e funcionais precisam de ser reconhecidas durante o processo de desenvolvimento e implementação das atividades da organização e durante a gestão do relacionamento entre os seus funcionários e os consumidores.

Figura 1 - Modelo de GRÖNROOS-GUMMESSON da qualidade



FONTE: Adaptado de GRÖNROOS (2000)

Os cinco *GAPS* referenciados na Figura 2 são identificados da seguinte forma:

- O primeiro desvio (*GAP 1*), identificado pelos autores, explica a discrepância existente entre as expectativas do cliente e a percepção do gestor acerca dessas mesmas expectativas. É preciso enquanto gestor, ter conhecimento daquilo que os clientes esperam da organização que lhes fornece o serviço.
- O segundo desvio (*GAP 2*), traduz a ideia de que não é suficiente conhecer as expectativas dos clientes tornando-se, necessário, saber traduzir esses conhecimentos na produção do serviço, ou seja, as organizações podem por vezes, ter dificuldades em colocar em prática as percepções que identificam sobre os desejos dos clientes (CORREIA, 2000).
- O terceiro desvio (*GAP 3*) é um problema na produção dos serviços que consiste num desvio entre as normas pré-estabelecidas para o serviço e a forma como ele é efetivamente fornecido. Os fatores responsáveis por este desvio vão desde as competências dos técnicos até aos conflitos existentes no interior da própria organização.
- O quarto desvio (*GAP 4*) resulta da discrepância entre o serviço fornecido e as comunicações externas com os clientes. Este desvio diz respeito às “promessas” feitas pela organização ao cliente sobre determinado serviço. Para diminuir este desvio deve-se ter em conta a qualidade e a quantidade da informação fornecida, pois não se deve comunicar falsas características dos serviços aumentando, assim, as expectativas dos clientes.
- Enquanto os *GAPS* anteriores dizem respeito à organização, o quinto (*GAP 5*) é de natureza particular, ligada ao cliente, consistindo na base de todo este modelo que diz que, se o serviço que o cliente recebe, não for semelhante às suas expectativas, provoca uma decepção e forma-se a opinião de que existe uma fraca qualidade de serviço.

No serviço esperado, para as expectativas dos clientes contribuem inúmeros fatores: entre eles as experiências vividas pelo cliente no passado, assim, como de um modo particular aquilo que ele ouviu de outros consumidores do serviço (comunicação) e as suas necessidades pessoais.

Os autores do Modelo dos *GAPS* desenvolveram uma escala chamada *SERVQUAL*, sendo que esta escala é uma ferramenta que permite avaliar a qualidade de serviços, tendo por base as percepções e as expectativas dos clientes.

A ferramenta final, designada SERVQUAL, traduz-se num questionário dividido em duas partes (PARASURAMAN et al., 1991):

- A primeira, relacionada com a expectativa, consiste em 22 questões para determinar a expectativa do cliente face ao serviço.
- A segunda parte relativa à perceção, constituída igualmente pelas 22 questões para medir a perceção desse mesmo serviço.

Para estes autores, a qualidade do serviço é avaliada através da diferença entre as expectativas que os clientes têm do serviço e as perceções do serviço experimentado.

Deste modo, a Qualidade do serviço é uma variável complexa, composta por cinco dimensões, sendo elas: tangibilidade, fiabilidade, capacidade de resposta, confiança e empatia. Por cada uma delas, entende-se:

- Tangibilidade é a dimensão que diz respeito a aparência física das instalações, dos equipamentos, do pessoal, dos materiais de comunicação, entre outros. Alguns exemplos dos indicadores que medem esta dimensão são o design e a higiene.
- Fiabilidade é a dimensão que traduz a capacidade da organização oferecer o serviço, conforme prometido.
- Capacidade de Resposta é a dimensão que traduz a vontade da organização em ajudar e servir o cliente, independentemente do serviço inclui a rapidez de resolução da prestação do serviço.
- Confiança traduz-se em competência, simpatia e capacidade do pessoal técnico em inspirar confiança e segurança nos clientes do serviço. Os indicadores para medir esta dimensão podem ser a formação técnica dos recursos humanos que fornecem o serviço e o grau de cortesia do pessoal técnico.
- Empatia é a última dimensão identificada pelos autores e diz respeito à atenção personalizada que a organização tem para com os seus clientes. Um dos indicadores para medir esta dimensão é a existência ou não de ações dirigidas a determinados clientes (ou grupos) alvo.

A Tabela 2 apresenta o instrumento SERVQUAL com a descrição pormenorizada das suas cinco dimensões: aspetos tangíveis, confiabilidade, presteza, segurança e empatia. Tal como, as questões de cada dimensão respetivamente para avaliação da expectativa e da perceção.

TABELA 2 – Instrumento SERVQUAL

Item	Expectativa (E)	Desenho (D)				
1	Eles deveriam ter equipamentos modernos.	X YZ têm equipamentos modernos.				
2	As suas instalações físicas deveriam ser visualmente atrativas.	As instalações físicas de XYZ são visualmente atrativas.				
3	Os seus empregados deveriam estar bem vestidos e asseados.	Os empregados de XYZ são bem vestidos e asseados.				
4	As aparências das instalações das empresas deveriam estar conservadas de acordo com o serviço oferecido.	A aparência das instalações físicas XYZ é conservadora de acordo com o serviço oferecido.				
5	Quando estas empresas prometem fazer algo em determinado tempo, deveriam fazê-lo.	Quando XYZ promete fazer algo em certo tempo, realmente faz.				
6	Quando os clientes têm algum problema com estas empresas elas, deveriam ser solidárias e deixá-los seguros.	Quando você tem algum problema com a empresa XYZ, ela é solidária e transmite segurança.				
7	Estas empresas deveriam ser de confiança.	XYZ é de confiança.				
8	Eles deveriam fornecer o serviço no tempo prometido.	XYZ fornece o serviço no tempo prometido.				
9	Eles deveriam manter os seus registos de forma correta.	XYZ mantem os registos de forma correta.				
10	Não seria de se esperar que eles informassem os clientes exatamente quando os serviços fossem executados.	XYZ não informa exatamente quando os serviços serão executados.				
11	Não é razoável esperar por uma disponibilidade imediata dos empregados das empresas.	Você não recebe serviço imediato dos empregados da XYZ.				
12	Os empregados das empresas não têm que estar sempre disponíveis para ajudar os clientes.	Os empregados da XYZ não estão sempre dispostos a ajudar os clientes.				
13	É normal que eles estejam muito ocupados em responder prontamente aos pedidos.	Empregados da XYZ estão sempre ocupados a responder aos pedidos dos clientes.				
14	Os clientes deveriam ser capazes de acreditar nos empregados desta empresa.	Você pode acreditar nos empregados da XYZ.				
15	Os clientes deveriam ser capazes de se sentirem seguros na negociação com os empregados da empresa.	Você sente-se seguro em negociar com os empregados da XYZ.				
16	Os seus empregados deveriam ser educados.	Os empregados da XYZ são educados.				
17	Os seus empregados deveriam obter suporte adequado da empresa para cumprir as suas tarefas corretamente.	Os empregados da XYZ não obtêm suporte adequado da empresa para cumprir as suas tarefas corretamente.				
18	Não seria de se esperar que as empresas dessem atenção aos clientes.	XYZ não dão atenção individual ao cliente.				
19	Não se pode esperar que os empregados deem atenção personalizada aos clientes.	Os empregados da XYZ não dão atenção pessoal.				
20	É absurdo esperar que os empregados saibam quais são as necessidades dos clientes.	Os empregados da XYZ não sabem das suas necessidades.				
21	É absurdo esperar que estas empresas tenham os interesses dos seus clientes como objetivo.	XYZ não têm os seus melhores interesses como objectivo.				
22	Não se deveria esperar que o horário de funcionamento fosse conveniente para todos os clientes.	XYZ não tem os horários de funcionamento convenientes a todos os clientes.				
(1) Discordo fortemente	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7) Concordo fortemente

FONTE: PARASURAMAN et al, 1991, pp.445-446

Além de ser capaz de fornecer informações entre as expectativas e percepções dos clientes, o SERVQUAL apresenta como ponto positivo a possibilidade de conhecer a participação dos funcionários nas linhas da frente e as suas contribuições para o serviço final. Esses funcionários são os que têm contacto direto com o cliente, são responsáveis

pela ação direta com os consumidores e colaboram com os gestores na tomada de decisão, possibilitando que informações sobre o bem ou serviço cheguem às suas mãos, permitindo a análise da qualidade do serviço prestado (KOTLER, 2005). Neste sentido, o modelo dos GAPS e a ferramenta SERVQUAL constituem-se essenciais no presente estudo empírico.

Por sua vez, CRONIN e TAYLOR (1992) desenvolveram um modelo denominado SERVPERF, baseado na percepção do desempenho dos serviços. A clara distinção entre os dois conceitos (SERVQUAL e SERVPERF) tem grande importância, pois as empresas fornecedoras de serviços têm a necessidade de saber qual é o seu objetivo principal, ter clientes que estão satisfeitos com o seu desempenho ou fornecer serviços com um nível máximo de qualidade percebida.

Para justificar o seu modelo, CRONIN e TAYLOR (1992) evidenciam que a qualidade é conceituada mais como uma atitude do cliente com relação às dimensões da qualidade, e que não deve ser medida com base no modelo de satisfação de OLIVER (1980), ou seja, não deve ser medida por meio das diferenças entre expectativa e desempenho, e sim como uma percepção de desempenho, podendo ser representada por $Q_j = D_j$, sendo que Q_j diz respeito à avaliação da qualidade do serviço em relação à característica j , e D_j corresponde aos valores de percepção de desempenho para a característica j de serviço.

CRONIN e TAYLOR (1992) advogam assim que a qualidade percebida dos serviços é um antecedente à satisfação do cliente, e que essa satisfação tem efeito significativo nas intenções de compra. Ainda segundo os autores, a qualidade dos serviços tem menor influência nas intenções de compra que a própria satisfação do cliente, ou seja, o resultado (desempenho representado pela satisfação) é o que realmente interessa. Assim, estes autores (CRONIN e TAYLOR, 1992) propõem a escala SERVPERF, como uma alternativa ao instrumento SERVQUAL, considerando que os 22 itens que representam as dimensões da qualidade em serviço, propostas anteriormente por PARASURAMAN et al. (1988), estão suficientemente fundamentados. Assim, foram utilizados para avaliação de desempenho no trabalho empírico de CRONIN e TAYLOR (1992), testando as seguintes hipóteses:

- Uma medida de qualidade em serviço SERVPERF não ponderada é mais apropriada para a medição da qualidade em serviço que o instrumento SERVQUAL, SERVQUAL ponderado, ou SERVPERF ponderado;
- A satisfação do cliente é um antecedente da qualidade percebida do serviço;

- A satisfação do cliente tem um impacto significativo nas intenções de recompra;
- A qualidade percebida do serviço tem um impacto significativo nas intenções de voltar a comprar.

No trabalho de CRONIN e TAYLOR (1992) aplicaram-se quatro séries de questões em empresas representantes do setor dos serviços, sendo que os questionários compreenderam os mesmos itens aplicados no desenvolvimento do instrumento SERVQUAL, para expectativa e para a perceção de desempenho dos serviços.

CRONIN e TAYLOR (1992) concluem que o instrumento SERVPERF é mais sensível para retratar as variações de qualidade em relação às outras escalas testadas. Esta conclusão foi baseada tanto na utilização do teste estatístico do qui-quadrado como prova de aderência das distribuições empíricas de dados, quanto no coeficiente de determinação da regressão linear dos dados.

No âmbito da relação causal da qualidade em serviço, os pesquisadores consideram que a literatura sugere que satisfação do cliente é um antecedente à qualidade dos serviços, citando como exemplo BOLTON e DREW (1991). Contudo, CRONIN e TAYLOR (1992) concluíram que a qualidade do serviço conduz à satisfação do cliente. Esta relação de causalidade entre qualidade de serviço e satisfação de clientes foi determinada por meio da técnica de modelamento de equações estruturais com variáveis latentes.

Quanto à terceira e quarta hipóteses da pesquisa, a satisfação do cliente leva à intenção de compra para as quatro amostras dos quatro setores analisados, enquanto que qualidade de serviço é a causa da intenção de compra para somente dois setores dos quatro analisados. Resumindo, tem-se a seguinte sequência: na ausência de experiência prévia com um fornecedor, somente a expectativa inicial define o nível de qualidade perceptível. Por outro lado, experiências subsequentes com o fornecedor conduzem a novas não-confirmações de expectativas, modificando a nível de qualidade perceptível do serviço. Evidencia-se ainda que o nível de qualidade percebida influencia a intenção de recompra de um cliente.

Assim, a escolha da ferramenta SERVQUAL para este trabalho prende-se com o facto de este ser um instrumento de vasta aplicação na avaliação da qualidade em serviços e também em serviços de saúde, paralelamente evidencia-se a vantagem competitiva que os resultados associados à sua aplicação podem facultar à Instituição em causa, visto

que permitirão identificar as áreas consideradas de elevada qualidade pelas utentes, bem como as áreas a melhorar.

1.5. Principais aspetos sobre a satisfação nos serviços de saúde

Os órgãos reguladores e instituições de saúde reconhecem a satisfação do paciente como um indicador significativo de qualidade em saúde. Desenvolver uma medida exata de satisfação do paciente revela muitos aspetos do cuidado recebido pelo paciente. Logo, para se medir a satisfação deve-se incorporar dimensões de aspetos técnicos, interpessoal, social e moral. Hospitais dos Estados Unidos usam a satisfação como uma medida de desempenho, e acrescenta que a satisfação e fidelidade estão ligadas (MARLEY et al., 2004). Se reter o cliente é mais barato do que conquistar novos clientes, é importante tornar e manter o cliente satisfeito.

Por conseguinte importa neste âmbito perceber o conceito de satisfação em serviços de saúde, bem como, explorar as dimensões, a medida e a avaliação da satisfação em serviços de saúde, tal como, analisar as variáveis que afetam a satisfação em serviços de saúde.

1.5.1. Conceito de satisfação em serviços de saúde

Os serviços públicos, à semelhança do que se preconiza no setor privado, têm vindo a enveredar por ferramentas tais como a gestão na qualidade total (TQM) com particular interesse do ponto de vista interno nas «quase-falhas», adoção de estratégias focadas no cliente, promoção da gestão de equipas e da Liderança, incremento da Reengenharia e sistemas de incentivos, análise custos/benefícios, outsourcing e marketing (GUIMARÃES, 2009).

Segundo HAYES (1998) o *marketing* é a melhor forma de planeamento para um serviço público que deseja ir ao encontro das necessidades dos cidadãos, criar valor e proporcionar-lhes satisfação, neste sentido, o autor evidencia ainda que a evolução do *marketing* nos serviços públicos ocorreu no sentido transaccional para o relacional, isto para que o cliente satisfeito reutilize o serviço.

Assim, evidencia-se a gestão da qualidade total enquanto ferramenta ao dispor da gestão dos serviços públicos, tendo por base o empenho de todos os colaboradores da empresa na política da qualidade, com um custo mínimo e com a satisfação total das necessidades implícitas e explícitas de todas as partes interessadas – *stakeholders*. Paralelamente, a maior contribuição da TQM centra-se no facto de a qualidade se tornar um elemento integrador entre a orientação para a produção e a orientação para o marketing, como advoga KOTLER (2005).

Na atualidade é inequívoca a importância dos cuidados de saúde como aspeto fundamental do desenvolvimento económico e social dos países, assim como a transformação de atitude não só dos utentes, mais informados e exigentes, como também das próprias instituições relativamente aos cuidados de saúde prestados. Distinguem-se utentes cada vez mais exigentes e a organização do serviço cada vez mais dirigida para a satisfação do utente e interessada com questões de qualidade de serviço. Embora o cenário em que a saúde é um conceito cada vez mais abrangente, apesar de condicionado pela necessidade de uma eficiente gestão de recursos num contexto de custos crescentes.

Nesta conjuntura, a satisfação do consumidor é entendida como o principal objetivo do marketing de qualquer instituição económica ou social, sendo condição necessária, embora não suficiente, para que os seus clientes ou utentes, em condições de livre escolha queiram voltar (NASCIMENTO, 2000). As suas raízes encontram-se no movimento pela qualidade total e no desenvolvimento da psicologia social aplicada ao *marketing*.

Os conceitos de satisfação dos utentes e de qualidade dos serviços, embora em mudança e com alguma indefinição, tratam-se de noções que envolvem elementos subjetivos, com múltiplas dimensões. No entanto, são regra geral compreendidos como indicadores relevantes na avaliação dos cuidados de saúde, estando inter-relacionados. PISCO (2006) considera a satisfação como uma dimensão dos cuidados prestados, sendo uma importante medida de resultados, e muito útil quando se avaliam cuidados prestados e comunicação entre os utilizadores e o pessoal de saúde. Sendo que quando se avalia sistematicamente permite ajudar na escolha entre várias alternativas de organizar e prestar os cuidados de saúde.

A satisfação do consumidor é o resultado, mais ou menos consciente, da avaliação que faz de uma característica do produto ou serviço, e que lhe proporcionou ou está a

proporcionar um nível aprazível de realização no consumo, incluindo diferentes níveis de realização. Assim, a satisfação do consumidor comporta diversos e complexos processos psicossociais e organizacionais, estando relacionada com o bem-estar dos indivíduos, os lucros ou resultados das instituições e a estabilidade das estruturas económicas e sociopolíticas (OLIVER, 1997). Por outro lado, a satisfação do consumidor pode ser definida, assim, em termos de resultado ou de processo, podendo ser analisada a diferentes níveis, desde o individual ao social. As suas consequências podem ser de curto e de longo prazo, indo da simples reclamação ou elogio à mudança de fornecedor ou fidelidade do mesmo.

WENSING et al. (1997) caracteriza o conceito de satisfação como uma avaliação subjetiva de diferentes aspetos da prestação de cuidados de saúde em termos positivos e negativos, isto é, uma reação cognitiva e não emocional face a uma situação. Existe uma vasta literatura sobre este tema com diferentes abordagens e perspetivas, neste sentido MORGADO (2009) descreve uma panóplia dessas abordagens, cujo conteúdo se apresenta de forma sumária na Tabela 3.

TABELA 3 – Abordagens do conceito satisfação

Autor (ano)	Ideias/Contributos
BARATA (1992)	A satisfação como garantia de qualidade, constitui um conceito relativo cujo conteúdo depende de onde, quando e por quem é utilizado e representa um conjunto complexo de necessidades sentidas, expectativas sobre os cuidados e experiências com esses cuidados.
BARDIM (1979)	A satisfação é algo que a pessoa sente quando vê preenchidos os seus desejos e/ou necessidades, dependendo do grau de satisfação da medida em que esses desejos e/ou necessidades vão, ou não ser preenchidos pelo prestador de cuidados de saúde.
BARROS (2002)	A ligação entre satisfação, qualidade e a sua avaliação depende da avaliação da qualidade de dois fatores: a componente técnica e a componente interpessoal. A primeira está relacionada com o nível de aplicação da ciência e da tecnologia, sendo medida pela sua efetividade e a segunda engloba a troca de informação e a troca da relação sócio afetiva que envolve, neste contexto, o prestador de cuidados e o utente.
CLEARY E MCNEIL (1989)	A satisfação não é só uma reação dos utentes aos cuidados de saúde recebidos, como na sua monitorização permite fazer avaliação cognitiva e medir a reação emocional dos utentes no que se refere à estrutura, processo e resultados dos serviços prestados.
GRAÇA (1999)	A satisfação como uma atitude, uma emoção ou um sentimento que pode ser verbalizado e medido através da opinião, resultando da avaliação que cada um de nós faz relativamente ao grau de realização das necessidades e expectativas.
PASCOE (1983)	A satisfação como uma reação dos utentes em relação aos cuidados de saúde que recebem, efetuando uma avaliação cognitiva e da reação emocional do utente em relação à estrutura, processo e <i>outcome</i> dos serviços prestados.
SILVA (1999)	A satisfação é um conceito psicossocial com múltiplas dimensões, de difícil definição devido às variáveis que o envolvem.

Fonte: Adaptado de MORGADO (2009, pp.37-72)

Por sua vez, VERMA e SOBTI (2002) apresentam outros contributos e ideias para a definição do conceito de satisfação no âmbito dos cuidados de saúde, sendo que as principais ideias estão referenciadas na tabela 4:

TABELA 4 – Contributos para a definição do conceito de satisfação

Autor (ano)	Ideias/ Contributos
FISK ET AL. (1990)	A satisfação resulta quando a experiência do serviço vai de encontro às expectativas do consumidor.
KOTLER (2000)	A perceção é um processo através do qual um individuo seleciona, organiza e interpreta informação para criar uma imagem com significado do mundo.
NELSON (1990)	A satisfação do paciente pode ser determinada por quatro variáveis: satisfação com o resultado, continuidade dos cuidados, expectativas dos pacientes e comunicação paciente médico.
TURNER E LOUIS (1995)	A satisfação é largamente o resultado de expectativas concretizadas. A satisfação é uma função da perceção da discrepância entre os desejos individuais e as experiências atuais de cada um sejam proporcionais aos seus desejos.
WOODSIDE ET AL. (1989)	A perceção do paciente da qualidade do serviço influencia a sua satisfação. A satisfação do paciente é um fenómeno pós-experiência que reflete o quanto o paciente gosta ou desgosta do serviço.

Fonte: Adaptado de VERMA e SOBTI (2002, pp.28-56)

VINAGRE e NEVES (2008) advogam uma perspetiva diferente no sentido de diferenciar claramente satisfação e qualidade do serviço, assim consideram que a perceção da qualidade de serviço e a satisfação do consumidor, são construções distintas que podem ser definidas e avaliadas de diferentes formas. No entendimento de OLIVER (1999), alguns dos elementos que diferenciam qualidade do serviço e satisfação, sugerem que a qualidade é um juízo ou avaliação que diz respeito a um resultado padrão, os quais envolvem muitas dimensões específicas do serviço prestado, sendo mais determinada por sinais exteriores (preço, reputação, etc.).

No entanto, a satisfação segundo VINAGRE e NEVES (2008), é percecionada como uma resposta global na qual os consumidores espelham os seus níveis de prazer. A satisfação é baseada no serviço prestado previsto em função de normas que dependem de experiências passadas conduzidas por sinais conceptuais (equidade, lamentos). Embora a perceção da qualidade de serviço possa ser afeta a uma transação específica de serviço, tende a permanecer por mais tempo que a satisfação que é transitória e

meramente reflexo de uma experiência de serviço específica (MARTINEZ-TUR et al., 2011).

1.5.2. As dimensões da satisfação em serviços de saúde

EIRIZ e FIGUEIREDO (2005) diferenciam e particularizam os serviços de saúde relativamente aos outros serviços, optando por uma abordagem baseada nos utentes e prestadores de cuidados como sendo mais completa do que a simples medição da satisfação do utente. Assim, apresentam como principais argumentos o facto dos serviços de saúde lidarem com a vida humana e a importância da tecnologia utilizada que pela sua complexidade, não são passíveis de compreensão por parte dos consumidores. Considerando-se assim que para oferecer uma visão mais completa da qualidade do serviço em cuidados de saúde é necessária uma avaliação que não deverá ser unicamente centrada nos pontos de vista dos utentes, mas também nos prestadores de cuidados de saúde.

No passado recente a satisfação do utente emergiu não só como uma medida de como é visto o hospital pelos seus utentes, mas também como uma importante medida de resultados e qualidade. Sendo de extrema importância o contexto em que se dá a primeira vivência do paciente com os serviços de saúde, para a formação da sua impressão relativamente à sua satisfação ou insatisfação. Fatores como a comunicação, informação e aspetos interpessoais dos cuidados são também importantes para as expectativas dos utentes em termos de satisfação com os cuidados de saúde (PAULA et al., 2002).

Ainda de acordo com PAULA et al. (2002), a equipa (médicos, enfermeiros) e o contexto em que o paciente tem a primeira experiência (urgência, internamento, etc.), influenciam a perceção dos cuidados recebidos. Esta perceção influencia a satisfação geral do utente relativamente aos cuidados recebidos e no impacto sobre as recomendações do hospital aos familiares e amigos. A primeira impressão tem impacto na forma como vêm os restantes serviços.

O parecer do utente tem vindo a ser amplamente considerado no domínio científico no sentido de monitorizar a qualidade dos serviços de saúde e avaliar a eficácia das medidas a implementar neste sector. Em VERMA e SOBTI (2002), existe uma referência

clara ao aumento da consciência dos consumidores sobre os seus direitos, bem como, ao facto de os utentes enquanto consumidores dos serviços de saúde esperarem encontrar qualidade nos cuidados de saúde. Nesta linha de pensamento, os prestadores de cuidados de saúde precisam direcionar os serviços de saúde rumo às expectativas dos utentes. A adoção do conceito de marketing tornou-se uma necessidade para os serviços de saúde.

São inúmeros os autores que consideram que este conceito de marketing reuniu a atenção dos prestadores de serviços desde os inícios dos anos 70 nos países mais desenvolvidos, alguns desses autores são citados por VERMA e SOBTI (2002): COOPER et al.,1979; KOTLER e ZALTMAN,1970; e WOODSIDE, et al,1989. Neste sentido os principais fatores referidos que sustentam esta abordagem são a intensa competição e o aumento da consciência e do poder dos pacientes, o que toma a medida da satisfação dos pacientes e da qualidade do serviço de extremo interesse para os prestadores de cuidados de saúde (PARASURAMAN, et al.,1988).

No seguimento desta linha de ideias, ALBRECHT (1993), considera que a opinião dos consumidores produz uma informação relevante sobre o funcionamento dos sistemas de saúde e deve ser tido em conta para analisar a qualidade dos serviços. Considera ainda que o desempenho da equipa, percebido pelos pacientes, está positivamente associado à satisfação dos mesmos. CASARREAL, et al. (1986), advogam que a gestão deve recorrer a pesquisas fundamentadas pela perceção dos pacientes de forma a saber quais as áreas que necessitam de ser reforçadas, paralelamente, epiloga que os dados obtidos em inquéritos dos pacientes podem ser utilizados para avaliar a qualidade dos cuidados do serviço de saúde.

Maioritariamente os estudos pesquisados relativamente à satisfação dos utentes, baseiam-se na teoria das expectativas dos consumidores desenvolvida por PARASURAMAN et al. (1988), embora alguns acrescentem outras dimensões consideradas importantes para analisar a satisfação dos pacientes. VINAGRE e NEVES (2008), para além das expectativas e da qualidade de serviço, adicionam as emoções do paciente e o envolvimento para examinar os principais fatores que afetam a satisfação do paciente. As emoções são percebidas como um conjunto de respostas que ocorrem especialmente durante a experiência do consumidor (WESTBROOK & OLIVER, 1991). Por outro lado, elevados níveis de satisfação podem incluir experiências positivas e negativas (ARNOULD & PRICE,1993).

Na psicologia do consumidor, envolvimento é visto como uma construção motivacional que influencia o comportamento subsequente do consumidor (DHOLAKIA, 2004). Envolvimento, neste caso, é considerado como o grau de importância atribuído ao serviço pelo paciente enquanto consumidor. VINAGRE e NEVES (2008) chegam à conclusão que a satisfação com os cuidados de saúde está relacionada com fenómenos cognitivos e do domínio emocional, estando a satisfação sujeita à influência destes fenómenos.

1.5.3. Medida e avaliação da satisfação em serviços de saúde

RAMSARAN-FOWDAR (2005) atribui extrema relevância à avaliação dos cuidados de saúde tanto para utentes como para os profissionais de saúde e para a sociedade em geral. Embora a satisfação do consumidor e a qualidade de serviço sejam importantes em todas as indústrias de serviços, salientam-se as mudanças ocorridas nas expectativas dos consumidores devido ao aumento do consumismo, possibilidades de escolha e melhor informação. Daqui resulta o reconhecimento da satisfação e qualidade de serviço como chave estratégica e elemento crucial no sucesso a longo prazo e na rentabilização dos serviços de saúde.

No entendimento de DONABEDIAN (1994), um dos métodos usados para avaliar a qualidade dos serviços baseiam-se na tríade: estrutura, processo e resultado. Nesta linha de pensamento a estrutura diz respeito aos aspetos que facilitam os cuidados de saúde, o processo caracteriza a forma como os cuidados são prestados do ponto de vista técnico. Finalmente, o resultado dos cuidados de saúde ou bem-estar do doente. Neste modelo, a qualidade é apresentada na perspetiva dos profissionais de saúde do ponto de vista técnico. Os profissionais entendem que os pacientes não podem avaliar a qualidade dos seus serviços, pois os cuidados de saúde são considerados como atributos de elevada credencial, ou seja, os pacientes não possuem conhecimentos clínicos suficientes para avaliar até que ponto os cuidados de saúde foram corretamente prestados.

RAMSARAN-FOWDAR (2005) considera PARASURAMAN, et al. (1988), como sendo dos empreendedores do mais extenso trabalho sobre perceção da qualidade de serviço. Definindo qualidade de serviço como o grau e o hiato entre a perceção do serviço e expectativas do consumidor e desenvolveram o *GAP Model* considerado fundamental como um modelo de análise e avaliação da qualidade de serviço. Diferenciaram-se assim

cinco GAPS que podem causar problemas de qualidade nas organizações e que se exploram na Tabela 5.

TABELA 5 – Modelo dos GAPS

<i>Gap1</i>	Entre expectativas do utente e a perceção da gestão das unidades de saúde. Resulta da dificuldade de compreensão das expectativas dos utentes por parte dos executivos criando problemas na disposição dos serviços de saúde tão rapidamente quanto os utentes pretendem dando origem ao segundo <i>Gap</i> .
<i>Gap2</i>	Entre perceção da gestão das unidades de saúde e especificações da qualidade do serviço de saúde.
<i>Gap3</i>	Entre especificações da qualidade do serviço de saúde e o serviço prestado. Está relacionado com o papel vital do contacto pessoal, resultando da inconsciência no comportamento dos profissionais de saúde.
<i>Gap4</i>	Entre serviço de saúde prestado e comunicação. Este <i>Gap</i> forma-se com base na capacidade da unidade de saúde fornecer o que é prometido e informar devidamente aos utentes de que todos os serviços da empresa visam beneficiar os utentes.
<i>Gap5</i>	Entre o serviço de saúde percebido e o esperado. As unidades de saúde não devem prometer mais do que podem oferecer, criando-se assim este gap que resulta da diferença entre as expectativas dos utentes e a perceção do serviço de saúde recebido.

Fonte: Adaptado de PARASURAMAN, et al. (1988, p.17)

As conclusões retiradas dos seus estudos exploratórios de qualidade em vários sectores de serviços, ajudaram estes autores PARASURAMAN, et al. (1988), a desenvolver uma avaliação e medição da qualidade de serviço, no caso particular deste trabalho nos serviços de saúde, com o objetivo de identificar áreas que devem ser melhoradas de forma a ir de encontro às necessidades dos consumidores (Tabela 6):

TABELA 6 – As cinco dimensões da qualidade de serviço

Dimensões	Conteúdo
Tangibilidade	Aparência dos elementos físicos
Confiabilidade	Performance precisa
Capacidade de resposta	Prontidão, disponibilidade e compreensão
Garantia	Competência, credibilidade, cortesia e segurança
Empatia	Facilidade de acesso, boa comunicação e conhecimento do consumidor

Fonte: Adaptado de PARASURAMAN, et al. (1988, p.19)

De acordo com RAMSARAN-FOWDAR (2005), embora o SERVQUAL seja um instrumento largamente referido na literatura sobre este tema, é também muito criticado

não só porque se tratar de um instrumento concebido para setores específicos da indústria de serviços e portanto não específico para a saúde, como também porque se considerar que não engloba todas as dimensões da qualidade de serviços, dado que os serviços de saúde são distintos.

No caso específico dos cuidados de saúde, MARLEY et al. (2004) acrescentam duas grandes dimensões que considera importantes para os pacientes e que não estão representados no modelo das cinco dimensões: o *core medical outcome* e o profissionalismo, perícia e competência do médico ou prestador de cuidados de saúde. O *core medical outcome (core service)* refere-se a aspetos centrais do serviço médico, tais como resultados positivos do tratamento, o sentir-se bem emocional e psicologicamente durante e depois da intervenção médica, as relações do médico com especialistas, hospitais, laboratórios e farmácias e empatia na educação do paciente. O profissionalismo, a perícia e a competência está relacionado com as qualificações e experiência do médico e da sua equipa, a sua reputação, os seus conhecimentos e a sua interligação com os avanços da medicina. Salaria ainda outros estudos efetuados com base no modelo SERVQUAL e que trouxeram como contributo a inclusão de duas dimensões: o carinho e os resultados do paciente.

Com base nos conceitos do SERVQUAL entende-se que a positividade do modelo se baseia na possibilidade de os serviços serem avaliados durante o consumo ou na vigência da aquisição de um serviço. Portanto, para avaliar os serviços de saúde, o modelo SERVQUAL mostra-se capaz de avaliar a qualidade do serviço prestado ou concedido por uma empresa, seja qual for o seu ramo de atuação, permitindo portanto a sua perfeita aplicação nas instituições de saúde, uma vez que estas são fornecedoras de bens/ serviços aos clientes (pacientes/ familiares). Os estudos de PIMENTEL (2010) traduzem-se na aplicação do SERVQUAL para avaliar a satisfação dos utentes em relação aos centros de saúde do serviço regional de saúde dos Açores, são um exemplo de que este modelo permite que se estabeleçam requisitos internos que auxiliam a melhoria dos processos internos, a maior capacitação dos profissionais de saúde, a monitorização do ambiente de prestação de cuidados, a verificação da satisfação dos utentes, profissionais de saúde e fornecedores, bem como, permite que a qualidade dos mesmos seja permanentemente melhorada.

Na mesma linha de pensamentos, BOWERS et al. (1994) definem a dimensão carinho como tendo a ver com a pessoa, isto é, com o envolvimento humano durante o serviço.

Quanto aos resultados no paciente dizem respeito aos aliviar da dor, o salvar a vida do paciente, ou a raiva e desapontamento após a intervenção médica.

Outros autores consideram o SERVQUAL inapropriado para medir a qualidade de serviços de saúde sendo necessário adicionar fatores considerados significativos para médicos e pacientes na avaliação da qualidade de serviços. HAYES (1998) acrescenta os seguintes fatores: serviço principal, serviços personalizado e conhecimentos do profissional. Por sua vez BROWN e SWARTZ (1988) sugerem credibilidade profissional, competência profissional e comunicação. Contudo os pacientes são, efetivamente, a melhor fonte de dados para os aspetos interpessoais do cuidado, sendo que a obtenção de dados dos pacientes não é mais elevada mas é provavelmente, menos dispendiosa do que a partir das fontes tradicionais, E, para problemas comuns, os consumidores têm capacidade de distinguir entre aspetos técnicos do cuidado ajuizados como bons ou menos bons pelos profissionais de saúde, não sendo esta capacidade obscurecida pelos aspetos interpessoais do cuidado.

Por sua vez, RAMSARAN-FOWDAR (2005) entendem que o SERVQUAL, embora sendo um instrumento de medida da qualidade de serviço, requer adaptações a serviços específicos, não podendo ser considerada uma medida genérica para a qualidade de serviço, nomeadamente nos cuidados de saúde, onde a qualidade e satisfação envolvem múltiplas dimensões dada a sua natureza e complexidade.

Assim apesar de indicar a necessidade de adicionar dimensões ao SERVQUAL, não deixa de alertar para a discussão à volta deste instrumento como medida da avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, referindo mesmo trabalhos como os de BABAKUS e MONGOLD (1992), que consideram o SERVQUAL um instrumento indicado, válido e fiável no ambiente hospitalar.

Segundo PARENTE (2000), o grau de satisfação depende da diferença entre o serviço real e o serviço esperado. O grau satisfeito é definido quando o serviço real é mais que o esperado. Insatisfeito ocorre quando o serviço real é menor que o esperado, ou seja, o consumidor encontra situações que causam desapontamento ou frustração, por exemplo, uma fila grande de pacientes com metade dos médicos a atender. Nem satisfeito e nem insatisfeito ocorre quando o serviço equivale ao esperado, por exemplo, quando o atendimento ao consumidor flui sem fila.

LYTLE e MOKWA (1992) partiram do modelo SERVQUAL para analisar os serviços de cuidados de saúde mas como um conjunto de três tipos de benefícios: os nucleares - constituídos pelo núcleo de produtos oferecidos ou o resultado da doença do paciente; os intangíveis – que representam as interações entre os profissionais de saúde e o paciente, baseadas largamente na reabilitação, empatia, garantia e receptividade; e os tangíveis – que representam a envolvente física tais como a localização, decoração e aparência das instalações e pessoal.

WARE et al. (1978) identificaram quatro dimensões que afetam as percepções dos pacientes: conduta dos profissionais de saúde; disponibilidade do serviço, confiança/segurança e eficiência/resultados.

Por outro lado, CODDINGTON et al. (2000) sugerem o conceito de valor acrescentado como uma opção de medida, nos quais incluem comodidades, acesso, relacionamento com médicos, inovação, preços unitários e volume ou intensidade do uso de meios.

Considerando que avaliar, na prática, é confrontar o que existe com o que deveria existir, tendo em conta os objetivos que se pretendem atingir. Para tal, este processo dinâmico envolve, segundo ALMEIDA e XAVIER (1995), três dimensões: medição, valoração e decisão. Enquanto, que a avaliação da qualidade está ligada à realização de uma medição, num determinado período temporal, a garantia de qualidade pressupõe não apenas a avaliação mas também a implementação, de forma planeada e organizada, de medidas corretivas ou de melhoria (CARDOSO, 2002). A avaliação não deverá, efetivamente, ser considerada um fim em si mesma, mas como uma parte de um processo onde, depois da elaboração de um julgamento explícito, se desencadeia um movimento de alterações no sentido da qualidade previamente almejada.

VERMA e SOBTI (2002) no seu trabalho sobre a percepção dos pacientes relativamente aos serviços médicos e Instituições de cuidados de saúde, indicam os seguintes fatores que consideram relevantes para a satisfação dos pacientes e que são relatados pelos pacientes na maior parte dos estudos de satisfação: *performance* dos médicos e assistentes; qualidade da administração; Acolhimento, Imagem e Limpeza; Comunicação médico-paciente; Comportamento médico, enfermeiros e paramédicos; Investigação; e tempo de espera pelo médico.

Por sua vez, EIRIZ e FIGUEIREDO (2005), consideram que a qualidade de serviço nos cuidados de saúde não deve ser avaliada unicamente com base na percepção dos

consumidores, destacam a importância da inter-relação entre consumidores (pacientes, familiares e cidadãos) e prestadores de cuidados de saúde (gestores, médicos, enfermeiros, e restante pessoal). Consideram ainda que a qualidade dos serviços deverá avaliar-se com base em aspetos como a orientação do serviço ao consumidor, o desempenho financeiro, a funcionalidade logística e o nível de competência da equipa.

Estes quatro fatores, de acordo com EIRIZ e FIGUEIREDO (2005), não podem ser avaliados unicamente pela perceção dos consumidores dada a complexidade dos serviços de saúde, a sua heterogeneidade em termos de especializações médicas e serviços associados e a ambiguidade no sentido de que os consumidores não possuem conhecimentos técnicos para compreender as suas próprias necessidades ou mesmo para avaliar os serviços que os satisfazem.

Assim sendo, relativamente aos cuidados de saúde, para além das análises com base no ponto de vista dos consumidores, é preciso também considerar o ponto de vista dos prestadores de cuidados de saúde. Contudo, outros autores como SANTOS (1993, p.31) desvalorizam as intervenções nesta avaliação que ultrapassem os consumidores destes serviços específicos, pois consideram "...fútil argumentar acerca da validade da satisfação do paciente como medida de qualidade. Quaisquer que sejam as suas forças e limitações enquanto indicador de qualidade, a informação sobre a satisfação do paciente devia ser tão indispensável para as avaliações, quanto o design e a gestão dos sistemas de cuidados de saúde".

Outros trabalhos referidos por EIRIZ e FIGUEIREDO (2005), relacionados com satisfação dos consumidores em cuidados de saúde realçam a importância de aspetos como a comodidade, acesso, tempo de espera, escolha, qualidade da informação, diversidade de serviços, natureza dos problemas médicos do paciente e o quadro demográfico do paciente (citando BROWN & SWARTZ,1988; SINGH,1999; e SAGE,1991). Assim em geral, a melhoria nos serviços oferecidos causa um aumento no nível de exigência e das expectativas.

Por conseguinte, o aumento das expectativas estimula que os fornecedores de serviços prossigam o seu esforço de melhoria contínua, logo é necessário reconhecer a necessidade de cativar o cliente e superar as suas expectativas (PARENTE, 2000).

1.6. Qualidade nos serviços de saúde

Avaliar a qualidade dos cuidados de saúde é uma preocupação atual e pertinente, não apenas das Instituições de saúde mas também dos governantes, que se vêm a braços com custos que crescem exponencialmente e para os quais dispõem de recursos humanos e económicos bastante limitados.

Por outro lado os utentes apresentam-se cada vez mais exigentes relativamente aos serviços prestados em termos dos cuidados de saúde e dispõem de expectativas cada vez mais elevadas. Consequentemente, com vista à prestação de cuidados de elevada qualidade e para atender a todas as necessidades e exigências dos doentes, as Instituições vêem-se forçadas a despende cada vez mais recursos.

No entanto, também os próprios prestadores de cuidados de saúde têm vindo a adotar uma política de melhoria de desempenho que, pela satisfação dos seus utentes, acaba por se traduzir num evidente aumento do seu prestígio profissional. DONABEDIAN (1989) refere mesmo que Instituições e prestadores de cuidados fazem da prestação de cuidados de saúde, ao mais baixo custo, o seu alvo fundamental. Conseguindo-se satisfazer as necessidades de saúde dos utentes, as Instituições obtêm prestígio e ganhos económicos, os prestadores de cuidados alcançam satisfação profissional e os utentes conseguem um aumento da sua qualidade de vida, para além da consciência de que os recursos económicos do país estão a ser bem geridos (CARDOSO, 2002).

É imprescindível, então, tomar uma decisão (e explicitá-la claramente) quanto ao cerne da avaliação da qualidade (a cura ou o cuidado), assim como, qual o aspeto da qualidade em consideração. E, de facto, apesar de uma tendência tradicional centrada na avaliação da qualidade no âmbito da cura, cada vez mais se tem sentido necessidade de uma extensão, de forma sistemática e quantificável, a características do cuidado.

Neste sentido GOMES & MENDES (2008, p.8) advogam que “a avaliação da qualidade implica o conhecimento das interconexões entre a estrutura, isto é, o contexto onde se desenvolvem os cuidados, o processo de cuidados que está relacionado com cuidados prestados e recebidos, e os resultados que demonstram a eficácia dos cuidados e a saúde da população”.

A qualidade é, portanto, um imperativo económico, político e social, uma exigência do mundo moderno, um resultado que qualquer organização deve procurar e apresentar, independentemente da área em que se desenvolve.

No que toca aos profissionais de saúde, a responsabilidade da busca da qualidade assistencial exige empreendedorismo nos processos de liderança e gestão de serviços, prática, conhecimentos, responsabilidades profissionais e éticas e registos. Neste contexto, torna-se condição estabelecer padrões assistenciais e melhorar a sistematização da assistência (GUIMARÃES, 2009). Compreende-se, assim, que a monitorização da satisfação dos clientes com a organização de saúde e com os cuidados prestados é o trilho a seguir para o alcance de uma qualidade mais efetiva.

No entanto, antes de compreender o conceito de qualidade dos cuidados é necessário abordar o conceito de saúde e de cuidados de saúde. Não existe uma definição consensual sobre saúde, dispersando-se as mais diversas definições entre a reducionista ausência de doença e a da Organização Mundial de Saúde (OMS) que a concebe com “*a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*” (GRAD, 2002, p.984).

A saúde passa, então, a ser entendida, com esta definição da OMS, como um equilíbrio dinâmico entre fatores intrínsecos (natureza biológica, psicoafectiva e comportamental) e extrínsecos (meio ambiente físico e relacional que rodeia o indivíduo). Contudo, também é encarada, como a capacidade de se desenvolver potencialidades e recursos a nível individual e coletivo, para se conseguirem melhores níveis de bem-estar e qualidade de vida. Ou seja, a Saúde, é um recurso para o qual é necessário aprender a promover (PEGO, 1998).

FERREIRA (1991, p.98) define cuidados de saúde como “um serviço abrangente fornecido com o objetivo de produzir mudanças nos estados fisiopatológicos e/ou psicológicos das pessoas”. Sendo que o autor destaca duas componentes consensuais em termos de cuidados de saúde, nomeadamente, a componente interpessoal dos cuidados (função do cuidar) e a componente técnica dos cuidados (função do curar).

A transposição de um modelo de avaliação da qualidade concebido para a indústria americana ou japonesa para a realidade empresarial ou privada ocidental requer, segundo MALIK e SCHIESARI (1998), uma série de adaptações além de um conhecimento aprofundado a respeito das diferenças, vantagens e da real aplicabilidade. Considerando os autores referidos mais difícil ainda a sua aplicação ao universo da

saúde. Também DONABEDIAN (1993) estabelece relação entre as diferenças entre o modelo industrial e a assistência médica como se pode ver na Tabela 7.

TABELA 7 – Qualidade no modelo industrial versus assistência médica

Enfoque	Modelo Industrial	Modelo de Assistência Médica
Natureza da qualidade	Aquilo que o consumidor deseja e compra.	Aquilo que é bom para o consumidor, definido por ele e pelo prestador de serviços.
Interação cliente/fornecedor	Pouco relevante.	Relação profissionais de saúde-paciente complexa.
Consumidor	Coprodutor de qualidade via uso.	Idem, com maior relevância.
Baixo custo	Componente da qualidade.	Menor importância.
Otimização e equidade	Menor importância	Grande importância, dependendo de políticas e da sua implementação.
Ênfase no objetivo qualidade	Qualidade total: baixar custos e atender o consumidor, envolver todas as pessoas e os processos da organização.	Desempenho profissional e técnica, interação paciente-profissional, contribuição do paciente e acesso/ equidade.
Valorização dos riscos	Atividades meio.	Procedimentos médicos em detrimento dos demais profissionais.
Problemas inerentes	Falhas no desempenho dos sistemas, produtos e processos de produção.	Competência do profissional e variabilidade na prática clínica.
Estratégias de garantia e de melhoria da qualidade	Mudanças estruturais, incluindo práticas.	Desempenho profissional fruto da formação, prática clínica e supervisão.
Modelo de gestão	Gestão participativa, delegação de responsabilidades, educação e treino com recompensa.	Realidade vivida sobretudo por médicos e enfermeiros que regra geral têm pouco conhecimento de métodos de qualidade.
Métodos de monitorização da qualidade	Monitorização de processos e resultados, comparação com padrão; avaliação contínua.	Processos e resultados com recurso a padrões análogos; dificuldade de minimizar resultados à posteriori; avaliação contínua.
Metodologia	Métodos específicos para identificação de problemas, desenvolvimento de consenso, determinação da causa; recurso à componente estatística.	Métodos semelhantes (epidemiologia), reduzido emprego da estatística, estudo de caso clínico mais utilizado.

FONTE: Adaptado de DONABEDIAN (1993, pp. 68-97)

Considerando as especificidades da saúde e particularmente da qualidade em saúde DONABEDIAN (1980) desenvolveu um modelo fundamental para a avaliação da qualidade em saúde a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultados, considerados uma tríade. Assim, para cada componente tríade deverá ser construído um conjunto de indicadores ou atributos de qualidade que melhor representa a situação a ser avaliada (Tabela 8).

TABELA 8 - Trilogia de DONABEDIAN

Estrutura	Características relativamente estáveis dos prestadores de cuidados de saúde, dos instrumentos e recursos que têm ao seu dispor, e dos ambientes físicos e organizacionais em que trabalham.
Processo	Conjunto de atividade que se desenvolvem entre prestadores de cuidados e doentes.
Efeito	Alteração no estado de saúde atual ou futuro de um doente que possa ser atribuída a anterior prestação de cuidados de saúde.

FONTE: DONABEDIAN (1980, p.104)

Esta trilogia engloba assim três conceitos centrais: estrutura, processo e efeito. Sendo que a estrutura refere-se aos recursos físicos, humanos e materiais, equipamentos, e financiamentos necessários para a assistência médica.

Em resumo, a estrutura diz respeito a todos os recursos usados, corresponde às características mais estáveis da assistência médica ou de saúde porque envolve desde a estrutura física e disponibilidade de equipamentos, que inclui desde o financiamento até à disponibilidade das pessoas qualificadas que prestam a assistência, passando pela organização dos serviços.

De acordo com o conceito de estrutura, pode-se dizer que engloba tanto dados numéricos em termos de recursos disponíveis como dados relacionados com a qualidade, como capacitação profissional, qualidade do equipamento, existência de manutenção de instalações e de equipamentos, entre outros. A influência ou contribuição exata do componente estrutura na qualidade final da assistência prestada é difícil de ser quantificada, mas é possível avaliar em termos de tendências, por exemplo, uma estrutura mais adequada aumenta a probabilidade da assistência prestada ser de melhor qualidade.

O processo abrange um conjunto de todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceites, resulta na entrega do serviço de saúde, onde se obtém os resultados de assistência à saúde que servem de base para a validação da qualidade. No processo, entre outros fatores aparecem os aspetos éticos e da relação médico/profissional/equipa de saúde – paciente. Pode ser considerado como processo tudo o que diz respeito ao tratamento de saúde diretamente e no momento em que ele está a decorrer. A análise do componente processo pode ser realizada sob o ponto de vista técnico ou administrativo. O resultado é o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões estabelecidos e de expectativas. É o resultado da experiência de cuidados à saúde (DONABEDIAN, 1980).

A qualidade em saúde tem vindo assim a merecer uma crescente atenção, a par do que acontece na atividade económica. O próprio conceito evoluiu, no sentido da satisfação dos indivíduos ou populações, aparecendo os conceitos de qualidade dos serviços e satisfação dos utentes cada vez mais interligados. Envolvendo abordagens técnicas – estrutura, processo e resultados, assim como de serviços – relações interpessoais do atendimento, a qualidade em saúde tem acentuado a prioridade de intervenção na acessibilidade dos serviços, acolhimento, personalização dos cuidados e acompanhamento e continuidade dos cuidados.

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) em Portugal comporta uma componente pública e uma componente privada, que vigora desde 1986, o tema da prestação de cuidados tem vindo a adquirir uma centralidade cada vez maior em grande parte devida ao relevo conferido pelos meios de comunicação social e ao debate público por eles veiculado que evidencia a crescente competitividade de cuidados privados versus públicos.

Acresce ainda a consciência dos problemas existentes ao nível da saúde, que têm sido referidos sistematicamente desde há vários anos, sendo por isso pertinente analisar a problemática da satisfação do consumidor com serviços tão essenciais e socialmente valorizados.

A qualidade em saúde é também perspetivada numa visão de Gestão da qualidade total, propondo o Instituto da qualidade em Saúde, a adoção em Portugal do Modelo de Excelência criado e desenvolvido pela EFQM (*European Foundation for quality management*) (IQS, 2000).

Em 1990 DONABEDIAN ampliou o conceito de qualidade, baseando-se nas dimensões da qualidade denominadas sete pilares da qualidade que podem ser utilizadas como critérios de avaliação, apresentadas na Tabela 9:

TABELA 9 – Dimensões da qualidade

Dimensão	Descrição
Eficácia	É a capacidade do cuidado, na sua forma mais perfeita, de contribuir para a melhoria das condições de saúde, ou seja, a capacidade de arte e ciência da medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as restantes circunstâncias.
Efetividade	É o quadro de melhorias possíveis obtidas nas condições de saúde existentes. Melhoria na saúde, alcançada ou alcançável, nas condições da prática quotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está a ser avaliada, se eleva.
Eficiência	É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.
Otimização	Torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que a sua utilidade pode ser anulada.
Aceitabilidade	Sinónimo de adaptação ao cuidado, aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e das suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amabilidades do cuidado, aos efeitos e ao custo do cuidado prestado.
Legitimidade	Aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral. É a conformidade com as preferências sociais.
Equidade	Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e dos seus benefícios entre os membros da população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade. Igualdade na distribuição do cuidado e dos seus efeitos em saúde.

FONTE: DONABEDIAN (1994, pp.168-192)

Verifica-se assim uma tentativa de direcionar o problema da qualidade no contexto da saúde hospitalar e desenvolver ou adaptar um instrumento para medir a qualidade dos serviços de saúde devido ao facto de a qualidade ser reconhecida como um constructo multidimensional.

Entre vinte categorias, a saúde constitui o quarto tema de conversa entre os portugueses (NASCIMENTO, 1999), particularmente entre os mais idosos e as mulheres, o que

comprova a sua importância para o dia-a-dia do cidadão comum. A orientação das conversas é mais negativa do que positiva para o sector público, em linha com a tendência revelada pelo *Eurobarometer* (1998).

O desempenho do profissional de saúde depende tanto da qualidade técnica como da qualidade interpessoal, sendo que os pacientes quase sempre conhecem pouco sobre os aspetos de qualidade técnica, mas em geral não têm dificuldade em avaliar o lado interpessoal. Estas e outras conclusões foram retiradas de pesquisas empíricas realizadas por URDAN (2001), que analisou seis fatores subjacentes à qualidade percebida pelo paciente (interações do médico e diagnóstico, competência profissional, interações de auxiliares, comodidade de honorários e localização, profissionalismo e responsabilidade profissional, comunicações auxiliares) englobando quarenta atributos, que representam os domínios técnicos e interpessoais.

O estudo mostrou ainda que a expectativa em relação aos hospitais privados é oferecer um serviço de mais alta qualidade, principalmente no aspeto hotelaria, mas que o setor público era o que excedia quanto às expectativas dos pacientes. O estudo aplicou o modelo SERVQUAL para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, e a estrutura de DONABEDIAN (1994).

A formação profissional, particularmente do pessoal de contacto, é considerada preponderante. Para o futuro, considera-se imperioso centrar o sistema de saúde na pessoa, cidadão e profissional, garantindo uma efetiva participação, liderança e flexibilidade (DGS,1997).

Também noutros países a pesquisa sobre a qualidade dos cuidados de saúde é uma realidade, tal como, Austrália, Canadá, Estados Unidos, Grã-Bretanha e Nova Zelândia. Contudo para melhoria da qualidade, a maioria dos profissionais de saúde estudados mostra-se a favor de reformas que disponibilizem mais tempo de cuidados para os seus pacientes e apenas uma minoria concorda que as avaliações do cliente poderiam melhorar a qualidade. Facto que demonstra a pouca disposição em acolher o feedback do paciente, apesar do interesse em lhes poder dedicar mais tempo (BLENDON et al., 2001).

Assim algumas dimensões de qualidade dos serviços de saúde hospitalar e seus atributos são apresentados na Tabela 10.

TABELA 10 – Dimensões de qualidade do serviço de saúde hospitalar

Dimensões de Produto de GARVIN (1984)	Desempenho Características Confiabilidade Conformidade Durabilidade Estética Qualidade percebida
Dimensões de serviço de EVANS & LINDSAY (1992)	Tempo Oportunidade Compleitude Cortesia Consistência Acessibilidade e Conveniência Acurácia Responsabilidade
Dimensões do SERVQUAL de PARASURAMAN et al. (1988)	Tangibilidade Confiabilidade Responsabilidade Segurança Empatia
Dimensões de CHAKRAPANI (1994)	Serviço/ Produto/ Confiança Apoio Exceder às expectativas
Dimensões de CODDINGTON (1996)	Acolhimento/cuidado/ Responsabilidade Equipa médica Equipamento tecnológico Especialização/ Disponibilidade de serviços Resultado
Dimensões de <i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i> (1987)	Eficácia Conveniência Eficiência Respeito e Cuidado Segurança Continuidade Efetividade Oportunidade Disponibilidade

FONTE: Adaptado de SOWER et al. (2001, p.49)

1.7. Cuidados de saúde no parto

A beleza da maternidade, enquanto particular fase do ciclo vital da mulher e da família, bem como, a percepção do importante papel que os profissionais de saúde desempenham autonomamente nesta área, estão na base da escolha da temática deste estudo.

O parto é o “processo pelo qual todos os seres vivíparos expulsam o fruto da gravidez para o meio exterior (...) mediante contrações peristálticas rítmicas, acompanhadas de dores e dilatação do canal de parto [colo uterino, orifício do útero, e vaginal], terminando

na saída da criança” (BOTELHO,1987, p. 225). Por outro lado, o trabalho de parto e o nascimento bem-sucedidos dependem da coordenação de cinco fatores essenciais, descritos por BRANDEN (2000, p.168) como “os cinco P”. Ou seja, devem existir condições adequadas relativamente “ao passageiro, à passagem, às forças, à posição e função placentárias e resposta psicológica adequada”. Deste modo para que o feto possa passar adequadamente pela pelve, as contrações e os esforços expulsivos devem ter intensidade e frequência apropriadas, a placenta precisa estar posicionada corretamente e proporcionar oxigênio em quantidades suficientes ao feto, e a gestante deve estar psicologicamente preparada.

VERRILI e MEURSER (1982) acrescentam ainda que os problemas relacionados com cada um desses fatores, pode colocar em risco o trabalho de parto e o nascimento e exigir intervenção clínica ou cirúrgica.

Neste sentido, procura-se cada vez mais desenvolver um cuidar que ultrapassa não só o controlo dos fatores físicos (da gravidez, trabalho de parto e parto) mas que envolva também a compreensão dos fatores psicológicos do casal, da sua dinâmica familiar, expectativas e receios. Permitindo assim que a qualidade nos cuidados de saúde respondam às expectativas das clientes, poder-se-á proporcionar uma vivência satisfatória do parto. Segundo CANAVARRO (2001) os processos de gravidez e maternidade constituem mudanças geradoras de stresse que podem ou não implicar sofrimento ou níveis de funcionamento mais baixos e em que é obrigatória a existência de reorganização.

É pois desta necessidade de equilíbrio e reorganização familiar que resulta o papel do Médico Obstetra e do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, enquanto profissões detentoras de saberes, atitudes e comportamentos. Sendo que visam o bem-estar materno e fetal durante o trabalho de parto, parto e pós-parto conforme atestam diversas entidades e organizações, nomeadamente: Direção Geral de Saúde, Associação de Médicos Obstetras, a *International Confederation of Midwives*, a Ordem dos Médicos, bem como, a Ordem dos Enfermeiros, entre outras.

As diversas recomendações que emergiram nas últimas décadas e que revolucionaram os cuidados de saúde prestados no parto promoveram uma crescente qualidade dos serviços, quer ao nível técnico como prático. De igual modo, os resultados também evoluíram não só na diminuição de complicações obstétricas mas também na diminuição da morbidade e mortalidade neonatal (FREITAS & FREITAS, 1996).

Segundo SARDO et al. (2008), Portugal assistiu a uma melhoria acentuada dos cuidados perinatais desde 1979 após a adoção do Serviço Nacional de Saúde, sendo que a taxa de mortalidade infantil decresceu de 11% em 1990 para 3% em 2006. No relatório da Unicef no ano de 2006, verificou-se que Portugal atingiu o grupo dos melhores, a nível mundial nos indicadores maternos infantis. Ainda de salientar que segundo o relatório Eurostat: Portugal foi dos países que mais evoluiu nos últimos 15 anos, na diminuição da mortalidade perinatal, neonatal e infantil (DGS, 2009).

Segundo o relatório Europeu de Saúde Perinatal de 2008 citado por SARDO et al. (2008) relativamente ao ano de 2004, verificaram-se taxas de mortalidade materna de 7,7/100000 nascimentos; mortalidade fetal (mais de 28 semanas de gestação) de 2,7%; mortalidade neonatal (nos primeiros seis dias) de 1,7% e mortalidade infantil de 3,9%. Ainda segundo o mesmo relatório, verificou-se taxas de cesarianas de 33% e 12% de partos instrumentados. Estes valores estão longe dos recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que aconselha que os países apresentem uma taxa de cesariana de 15% (OMS,1996).

Os dados estatísticos apresentados, excetuando as taxas de cesarianas que se encontram acima do recomendado pela OMS, Portugal encontra-se na lista dos países com melhores resultados a nível dos indicadores de saúde perinatal no contexto Mundial e Europeu. Contudo, à semelhança de outros países surgem grupos de mulheres e de profissionais de saúde, que apesar de valorizarem os bons indicadores de Saúde Materna e infantil refletem acerca das práticas atuais de assistência ao parto. Diversos autores baseados nas evidências e nas recomendações da OMS consideram a assistência ao parto de baixo risco exageradamente intervencionista e medicalizada (FAME e APEO, 2008). Surgem assim várias iniciativas para a mudança, incluindo da própria OMS que elaborou em 1996 um guia prático para a assistência ao parto normal (OMS, 1996).

Assim, embora a hospitalização seja responsável pela diminuição da mortalidade materna e neonatal, o ambiente hospitalar tornou o momento do parto foco de uma grande medicalização. Paralelamente, o cenário do nascimento modificou-se e tornou-se no desconhecido para as parturientes sendo este um fator de stress como advoga a DGS (1997). Nesta linha de pensamento, no processo do parto para BERLINGUER (1996), a mulher entrega-se aos cuidados da equipa de saúde e passa a ser alvo de cuidados de desconhecidos, o que poderá impedi-la de tomar decisões e participar ativamente nesse

processo desde logo pelo desvio de níveis de conhecimento técnico e científico no domínio da saúde. Por outro lado, existem normas para serem cumpridas, facto que, retira naturalidade desse evento íntimo e espontâneo. Assim, será primordial apoiar e facilitar «as doutrinas e experiências práticas destinadas à recuperação da naturalidade, da intimidade, da participação do sujeito nestes atos cruciais da vida humana, mas num contexto de assistência especializada (BERLINGUER: 1996, p.45).

A mulher em trabalho de parto precisa receber um cuidado humanizado e seguro, garantindo-lhe os benefícios dos avanços científicos, mas principalmente, permitindo e despertando a parturiente para o exercício da cidadania, resgatando a sua liberdade de escolha no trabalho de parto (OMS, 1996). A iniciativa do parto normal tem por objetivo sensibilizar os profissionais para a importância do apoio às mulheres na defesa dos processos fisiológicos e naturais, promovendo a intervenção da mulher no seu parto com decisões esclarecidas e fundamentadas. Entendendo-se por parto normal: “o processo fisiológico único com o qual a mulher finaliza a sua gravidez de termo, em que estão implicados fatores psicológicos e socioculturais. O seu início é espontâneo, evolui e termina sem complicações, culminando com o nascimento e não implica mais intervenções que o apoio integral e respeitoso do mesmo” (FAME e APEO: 2008, p.20).

MALDONADO (1997) acrescenta que por melhor que seja o atendimento oferecido no hospital o desconhecido inerente a este espaço fará sempre emergir na mulher sentimentos de angústia, ansiedade, insegurança, entre outros. Mudar esta conjuntura exige, para ANDREZZO (2007), o reconhecimento de que o cuidado digno e respeitoso, na atenção à mulher em trabalho de parto e parto, é um direito que a assiste, e a sua violação é crime. Com a humanização do parto pretende-se considerar um ambiente favorável, isto é, um ambiente em que a pessoa se sinta para além de cuidada (alvo de cuidados técnicos), acolhida pelo espaço, seja alvo de atenção, bem-estar e conforto. Sendo que a recuperação do conforto constitui um fator importante para a recuperação da força, do poder pessoal, do ânimo, da capacidade para mobilizar mecanismos para o exercício de novos papéis, e conseqüentemente obter qualidade de vida não só nesta vivência do parto mas também na adaptação à nova condição do papel parental. Para tal a presença de um acompanhante escolhido pela própria, por exemplo o pai da criança, poderá facilitar este ambiente humanizado (COELHO et al., 2005).

Seguindo as recomendações da OMS (1996) são várias as iniciativas para além da APEO que a nível Nacional fomentam a Humanização do parto, tais como: Movimento

Nascer Melhor, Bionascimento, Associação de Douglas de Portugal, etc. (SARDO et al., 2008).

A fim de que o cuidado à mulher parturiente atinja um nível elevado de satisfação, e atendendo a que hospitalização visa diminuir o risco de complicações quer para ela quer para o recém-nascido, é necessário para STEFANELLI (1993), que os papéis e o relacionamento na tríade parturiente, família e profissionais, sejam suportados por propósitos claros. Neste âmbito surge a comunicação terapêutica como forma de solidificar um cuidar promotor de conforto, apoio, confiança, segurança física e emocional, conduzindo a mulher no decorrer do trabalho de parto. Desta forma será possível permitir à mulher valorizar a sua participação ativa neste processo, tornando o nascimento de um filho uma experiência positiva.

HODNETT et al. (2006) advogam que o principal entrave à humanização do cuidar é a massificação dos cuidados, pois a mulher é apenas mais uma parturiente de entre tantas outras, e os seus sentimentos e a sua individualidade e singularidade poderá ser desvalorizada e surgem momentos designados de descuidado.

De acordo com diversos autores (SARDO et al., 2008), de um modo geral Portugal apresenta no contexto atual: uma predominância de partos hospitalares, realizados nos chamados bloco de partos (que como o nome indica são blocos em que a supremacia técnica impera); as mulheres e o casal encontram-se condicionados face ao poder organizacional, por conseguinte, pouco informados e participativos durante o parto; existe uma assistência ao parto de forma interventiva baseada em protocolos nacionais e internacionais; encontra-se frequentemente uma cumplicidade entre profissionais de saúde, em prol da segurança técnica, considerada com o mesmo nível de risco. Em suma, com a passagem do parto para o meio hospitalar foi-se assistindo cada vez mais ao parto como um risco potencial associado, existe muitas vezes excesso de zelo. Frequentemente não se respeita a natureza, os seus tempos e existe um apressar da mesma, uma necessidade de intervir, de controlar, o que por si só pode desencadear uma cascata de acontecimentos levando a mais intervenções (BARBAULT, 1990; OMS, 1996; FAME e APEO, 2008).

Considerando que existe na cultura hospitalar muitos obstáculos à mudança, tais como: renitência a abandonar um modelo paternalista; dificuldade em transpor protocolos padronizados e definidos em prol da segurança técnica; bloco de partos carregados de equipamentos técnicos; induções de trabalho de parto frequentes; e mulheres e casais

com déficit de informação acerca do processo de gravidez e parto, que adotam um comportamento passivo no trabalho de parto como refere COELHO (2001).

Assim o caminho para a mudança passa por fornecer informação credível, completa, adequada e não tendenciosa acerca das práticas existentes na assistência ao parto. A participação ativa da mulher no planejamento da assistência ao parto invoca o princípio da autonomia, exigindo uma mudança de atitude nos profissionais de saúde, abandonando um modelo paternalista e apostando num modelo em que a mulher e o casal são protagonistas no parto e recebem o apoio dos profissionais. A adoção de um novo modelo merece reflexão. A grávida e o casal devidamente informados encontram-se em posição de optar pela assistência que desejam para o parto do seu filho, e é talvez essa força e legitimidade em planejar esse nascimento a chave para a mudança de comportamentos na prática hospitalar. Considera-se neste contexto um acompanhamento pré-natal competente, com extrema importância dos cursos de preparação para o parto e parentalidade, no sentido de o casal ser informado e esclarecido e liberto de mitos e preconceitos, de modo, a solicitar perante as instituições de saúde e a sociedade em geral as condições que julguem ser necessárias para obter a experiência que idealizaram, sempre que o contexto clínico o permita (SARDO et al., 2008).

Para mudar o conceito social que o parto representa na sociedade é necessária uma educação pré-natal precoce, que deverá ter início durante a infância e adolescência, através das disciplinas de educação sexual. Talvez seja uma proposta a considerar implementar nas referidas aulas, o tema parto como um acontecimento natural e desmistificado o medo que é inculcado nas crianças e na sociedade em geral. Assim BRADEN (2000), considera a família e a sociedade o cerne da questão, pois pensa que para obter experiências de parto mais satisfatórias é imprescindível a preparação para o nascimento consciente e adaptado a cada casal, proporcionada por profissionais competentes e com experiência na área. É no entendimento dos autores, necessário informar o casal do direito a vivenciar um parto menos intervencionado, mas sem desconsiderar a segurança que a técnica proporciona, lembrando os benefícios de mortalidade materna e fetal conseguidos com a hospitalização do parto.

Na área da prestação de cuidados de saúde parece clara a intenção de promover a qualidade e o acesso aos cuidados de saúde, perante uma sociedade cada vez mais informada, culturalmente mais evoluída e socialmente mais exigente. O direito à proteção

da saúde consagrado na Constituição Portuguesa e consubstanciado na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Em que a dignificação dos doentes, a humanização dos cuidados de saúde, o primado do cidadão enquanto figura central de todo o sistema de saúde, são consideradas preocupações fundamentais. Assim como, a necessidade de proporcionar e reforçar o diálogo entre organizações de doentes, prestadores de cuidados de saúde e Administração das Instituições de Saúde.

Evidencia-se assim um desafio no sentido de constatar que por força da crise financeira que condiciona o país, até que ponto os aspetos focados que se traduzem na procura de maior qualidade de serviços e satisfação dos utentes, garantindo maior equidade, poderá estar afetada pela redução de meios imposta pela crise económica e restrição orçamental. Trata-se assim de um desafio às entidades com responsabilidade ao nível do sistema de saúde e do próprio Governo no sentido da reorientação das políticas governamentais em que se exige uma grande capacidade de inovação ao nível da gestão e da organização com vista a não prejudicar a qualidade de serviço exigida pelos cidadãos.

Assim, a experiência de parto é influenciada por diversos factores nomeadamente os procedimentos obstétricos, os cursos de preparação para o parto, a história obstétrica anterior, bem como o desfecho de uma gravidez prévia (LOPES *et al.*, 2005).

Por seu lado FIGUEIREDO, PACHECO e PAIS, (2002) referem que a experiência de parto é considerada difícil, sendo que quanto mais difícil é a experiência de parto, pior é o ajustamento emocional da mulher no puerpério assim como menos adequada é a relação que a puérpera estabelece com o bebé.

Já outros autores evocaram que o tipo de parto, a dor, as intervenções obstétricas, a própria gestação e as expectativas em relação ao parto podem ser determinantes na forma como se experiencia o parto (LOPES *et al.*, 2005). Este autor refere ainda que a ansiedade vivenciada na gestação está associada a uma posterior vivência de experiências negativas e insatisfatórias do parto.

Estudos de THUNE-LARSEN e PEDERSON desenvolvidos em 1988 relacionados com a experiência de parto revelaram que, numa amostra heterogénea de 161 mulheres com entrevista aplicada ao quinto dia de pós-parto, apesar das mulheres considerarem a experiência de parto como difícil (60%) estas sentem-se satisfeitas ou muito satisfeitas na forma como lidaram com o parto (FIGUEIREDO, PACHECO & PAIS: 2002, p.204).

Estes autores verificaram ainda que a qualidade da experiência da mulher durante o parto se relaciona com o seu estado emocional após o parto e que uma percepção positiva e a satisfação com o parto são determinantes no estado emocional da mulher e no relacionamento desta com o bebé.

Pode concluir-se como refere FIGUEIREDO, PACHECO e PAIS, (2002) que a experiência de parto é positivamente afectada, no que se refere à percepção e satisfação da mulher, pelas seguintes condições: presença de pessoa significativa, por parto normal e não por cesariana (LEVENTHAL *et al.*, 1989) anestesia local e não geral no caso de parto por cesariana, participação ativa nas decisões relativas ao parto, trabalho de parto, parto sem dor tal como se verifica com o método de analgesia epidural (FIGUEIREDO, PACHECO & PAIS, 2002).

Estudos descritivos de COSTA *et al.* (2003) demonstraram que existe uma melhor satisfação do parto quando é utilizada anestesia epidural independentemente do tipo de parto. Apontando para um impacto positivo do parto eutócico e da prática da analgesia epidural, nomeadamente ao nível da confirmação de expectativas prévias, do bem-estar, da satisfação associada à experiência e da facilitação do primeiro contacto com o bebé e da posterior vinculação (COSTA *et al.*, 2003).

O contacto imediato com o filho após o nascimento é outro fator que pode estar relacionado com uma vivência mais positiva da experiência de parto (LOPES *et al.*, 2005).

Na opinião de COUTO (2003, p.10), os cursos de preparação para a maternidade surgem com o objetivo de “informar e retirar dúvidas, tornar conhecido o desconhecido, ouvindo os medos, receios e preocupações da mulher”, não se restringindo apenas ao ensino de técnicas de respiração e relaxamento mas permitindo à Mulher vivenciar de forma satisfatória a maternidade. De acordo com a *International Confederation of Midwives* (ICM), a atividade profissional das Parteiras pode ser exercida nos diferentes contextos, nomeadamente no domicílio, na comunidade, nos hospitais, em unidades de saúde públicas e privadas. Deve incluir a educação para a saúde ante, pré e pós-natal, a preparação para o parto e a parentalidade, abrangendo a saúde sexual e reprodutiva (SARDO, LEITE e CÔTO, 2007).

Para além do contributo para a melhoria dos cuidados via preparação para o parto, os enfermeiros especialistas representados pela Associação Portuguesa de Enfermeiros

Obstetras são uma referência em Portugal na área da Humanização do parto, sendo que promovem boas práticas neste sentido desde o ano de 2000. De referir que em 2008 esta associação aderiu à Iniciativa do Parto Normal e começou a mobilizar diversas campanhas com o objetivo de «promover a realização de um parto normal mais natural, mais humanizado no ambiente hospitalar em que os profissionais e os cidadãos e comunidade sejam capazes de respeitar e de promoverem cuidados seguros em prol da humanidade» (FAME e APEO, 2008, p.12).

1.8. Conclusão

A revisão da literatura teve como objetivo fundamentar este estudo, através da análise de modelos, ferramentas e trabalhos empíricos relevantes para esta investigação.

De facto, existe uma grande diversidade de abordagens e noções de qualidade, fruto da evolução do conceito de qualidade ao longo dos tempos, tanto a nível privado como público. A procura pela qualidade é assim uma preocupação da sociedade, destacando-se a sua importância através de estudos para a desenvolver e a aplicação e construção de ferramentas para a sua avaliação. Exemplo disso é o modelo dos *GAPS* e a ferramenta *SERVQUAL* que surge como sustentáculo deste estudo empírico, evidenciando a qualidade do serviço com base na relação entre as expectativas e a perceção.

Os conceitos de satisfação dos utentes e de qualidade dos serviços envolvem elementos subjetivos, com múltiplas dimensões. No entanto, são regra geral compreendidos como essenciais na avaliação dos cuidados de saúde, estando inter-relacionados. PISCO (2006) considera a satisfação uma dimensão essencial quando se avaliam cuidados de saúde, pois a sua avaliação sistemática permite ajudar na organização e prestação dos cuidados de saúde, nomeadamente, nos cuidados de saúde no parto.

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

2.1. Introdução

Este capítulo expõe a metodologia científica aplicada neste estudo, tendo como objetivo identificar e caracterizar o tipo de estudo, os seus objetivos, bem como, identificar as questões e hipóteses de investigação, e ainda apresentar o instrumento de recolha de dados.

Assim, este capítulo inicia-se com a caracterização do estudo (Secção 2.2), na qual se apresentam as questões e as hipóteses de investigação, identifica-se a população e a amostra e descrevem-se os procedimentos éticos. Segue-se a apresentação e a análise do instrumento de recolha dos dados (Secção 2.3); e por fim, apresenta-se uma breve conclusão (Secção 2.4).

2.2. Caracterização do estudo

Atualmente o mundo empresarial é pautado por uma vincada competição sendo que à sua semelhança as instituições públicas procuram oferecer serviços de qualidade, que atendam às expectativas dos seus clientes e os deixem satisfeitos. A satisfação do cliente é considerada importante para o bom funcionamento da instituição. ENGEL et al. (2000) dizem que a sustentação da participação no mercado surge do compromisso com a satisfação, retenção do cliente e liderança da qualidade. Isto é, clientes satisfeitos tendem a reutilizar os serviços e a expressar a sua satisfação a terceiros por via da comunicação. Perante a possibilidade de escolha dos serviços a utilizar e face às crescentes exigências dos utilizadores dos serviços públicos. Perante a necessidade de conhecer o cliente e a sua avaliação sobre a qualidade do serviço que lhes foi prestado, considera-se objeto de estudo a satisfação das puérperas relativamente aos cuidados de saúde prestados no parto.

O presente estudo tem por objetivo traçar o perfil das clientes do Serviço de bloco de Partos/Obstetrícia I do Hospital Infante D. Pedro, verificar a sua intenção de retorno e avaliar a perceção que elas têm da qualidade dos serviços de saúde prestados no parto, tendo como objetivo avaliar a satisfação das puérperas relativamente aos cuidados

prestados no parto. Esta avaliação foi feita através da aferição do nível de satisfação global e da sua discriminação em relação a diferentes aspetos de funcionamento, nomeadamente ao nível da organização geral dos serviços, o atendimento, os serviços médicos e os cuidados de enfermagem. Foi também determinado, em relação a cada uma destas dimensões, a satisfação com os aspetos específicos de desempenho e identificação de áreas de intervenção prioritárias em termos de melhoria na perspetiva das utentes.

Esta pesquisa tem ainda como objetivos específicos:

- Identificar as expectativas das clientes quanto à qualidade do serviço;
- Identificar a perceção das clientes quanto à qualidade dos serviços prestados;
- Traçar o perfil das clientes;
- Identificar a existência de intenção de retorno das clientes;
- Identificar aspetos positivos e negativos nos cuidados prestados.

Por conseguinte, este estudo direciona-se no sentido de avaliar a satisfação das puérperas com os cuidados recebidos durante o parto e pós-parto no Hospital Infante D. Pedro em Aveiro, procurando-se ainda identificar em que medida algumas variáveis sociodemográficas, obstétricas e clínicas podem influenciar positiva ou negativamente essa satisfação. Assim sendo, delineou-se um estudo descritivo-correlacional (Nível II), uma vez que se explora a relação entre fatores ou variáveis, visando identificar as ligações entre as variáveis e descrever estas relações, dado que o fenómeno já foi explorado, descrito e denominado (FORTIN, 1999).

2.2.1. Questões e hipóteses de investigação

As questões de investigação são então:

- Q1- Qual o grau de “satisfação com os cuidados” durante o trabalho de parto e parto das puérperas que recorrem ao bloco de partos do Hospital de Aveiro.
- Q2- Em que dimensões a “satisfação com os cuidados” é maior?
- Q3- Em que dimensões a “satisfação com os cuidados” é menor?

Segundo FORTIN (1999) a hipótese é uma resposta provisória à questão de partida, e será provisória até ao final da investigação. Sendo que as hipóteses fazem a ligação

entre a teoria e a prática, entre o conhecimento existente e o objeto que se pretende conhecer.

As hipóteses deste estudo enunciam uma relação entre a “satisfação com os cuidados” recebidos no trabalho de parto e parto das puérperas atendidas no bloco de partos do Hospital de Aveiro e algumas variáveis sociodemográficas, obstétricas e clínicas.

- H1- Existe correlação entre as variáveis sociodemográficas (idade, Nacionalidade, Situação profissional, habilitações académicas, Estado civil, Composição do agregado familiar) das puérperas e a sua “satisfação com os cuidados”;
- H2- Existe correlação entre as variáveis obstétricas e clínicas (tipo de parto, semanas de gestação, profissional de saúde que realizou o parto, número de filhos, Curso de Preparação para o parto e duração do trabalho de parto) das puérperas e a sua “satisfação com os cuidados”;

2.2.2. População e Amostra

A população-alvo deste estudo foi o grupo de puérperas que recorreram à Sala de Partos do Hospital Infante D. Pedro no decorrer do mês de Maio de 2012. A escolha deste meio prende-se com o facto de ser a unidade hospitalar onde a investigadora exerce funções, o que se torna mais vantajoso e propício à colheita de dados, bem como, o número considerável de grávidas que a instituição atende.

Sendo assim possível de forma intencional questionar as puérperas que reuniam os seguintes critérios de inclusão:

- Puérperas internadas no serviço de Obstetrícia I que pariram na Sala de Partos do Hospital Infante D. Pedro;
- Gestação com mais de 34 semanas;
- Saibam ler e falar português;
- Aceitem participar no estudo após leitura do consentimento informado.

Como critérios de exclusão, adotaram-se os seguintes:

- Quando no trabalho de parto e parto foi requerida monitorização intensiva (estado crítico da mãe) que impedisse a sua admissão no puerpério.

2.2.3 Procedimentos éticos

A concretização de um trabalho de investigação implica por parte dos investigadores o cumprimento de princípios éticos, uma vez que os resultados obtidos poderão contribuir, por um lado para o desenvolvimento do conhecimento científico, mas por outro lado, poderá comprometer a individualidade dos participantes, nomeadamente quando a informação fornecida pelos mesmos é deturpada, ou mais ainda quando é divulgada para fins que não os previamente estabelecidos e rigorosamente restritos a análise pelos investigadores. Deve-se ainda ter especial atenção para não transmitir às pessoas o sentimento de obrigação em participar no estudo, pelo simples facto de serem utentes de um serviço de saúde, no qual, a investigadora faz parte dos profissionais de saúde que prestam cuidados.

A investigação, segundo FORTIN (1999), ao ser aplicada ao ser humano pode causar danos aos direitos e liberdades da pessoa, assim, é importante ter em consideração as premissas para proteger os mesmos. De acordo com os códigos de ética, distinguem-se cinco princípios ou direitos fundamentais aplicados aos seres humanos: Direito à autodeterminação, Direito à intimidade, Direito ao anonimato e à confidencialidade, Direito à proteção contra o desconforto e prejuízo, Direito a um tratamento justo e leal.

Nesta investigação, procurou-se assegurar que:

- A participação das inquiridas fosse voluntária;
- Que não se desencadeassem danos físicos ou psicológicos para as inquiridas;
- Que o instrumento para a recolha de dados fosse de carácter confidencial e os dados recolhidos não utilizados para outros fins ou analisados por outros que não a investigadora.

A realização deste estudo foi supervisionada pela orientação académica, que teve em atenção todos estes aspetos, na possibilidade de, algum pormenor quanto à garantia destes direitos pudesse ter escapado inadvertidamente.

Este estudo foi submetido a aprovação do Conselho de Administração e submetido a pareceres da Comissão de Ética do Hospital Infante D. Pedro.

O questionário não engloba dados que possam levar à identificação das participantes, mas mesmo assim serão guardados tendo em atenção iguais cuidados.

A todas as participantes foi explicado o intuito do estudo, o tempo médio de preenchimento, explicitadas estas mesmas garantias de confidencialidade e sobretudo, reforçado o seu pleno direito em não participar sem que tal ação tenha ou venha a ter qualquer tipo de consequência para a continuação do seu seguimento na instituição ou em qualquer outra, tendo sido provido um consentimento informado.

2.3. Instrumento de recolha de dados

Utilizou-se um questionário (Anexo) centrado nos essenciais com questões adaptadas às hipóteses elaboradas após pesquisa bibliográfica.

Procurou-se que o questionário refletisse os aspetos sociodemográficos, incluindo dados obstétricos e informação sobre o grau de satisfação com a qualidade dos serviços de acordo com as variáveis em estudo.

Neste sentido o questionário é constituído por duas partes distintas, sendo que numa primeira fase pretende-se efetuar a caracterização sociodemográfica e clínica das puérperas. Seguindo-se uma segunda parte que pretende avaliar a satisfação das utentes relativamente aos cuidados prestados na sala de partos.

Questionário sociodemográfico e clínico: este questionário constitui a primeira parte da colheita de dados a ser preenchida pelas puérperas, sendo composto por treze questões de resposta curta ou alternativa de natureza sociodemográfica e do foro clínico.

Sendo registados os seguintes dados: a idade, o estado civil, as habilitações literárias, a situação profissional e a composição do agregado familiar. Relativamente à história clínica será caracterizada quanto à Gesta² e Para³, seguindo-se o número de filhos vivos, idade gestacional; tipo de parto e profissional que o executou; duração do trabalho de parto e frequência de aulas de preparação para o parto.

Questionário às puérperas: numa segunda parte, este questionário compreende seis perguntas: as duas primeiras pretendem avaliar as expectativas e a perceção das utentes. Sendo que esta avaliação realiza-se com base na adaptação do instrumento de avaliação da satisfação SERVQUAL adaptado de PARASURAMAN et al. (1988), a

² “Gesta” é a designação clínica para a unidade de gestações de cada Mulher

³ “Para” é a designação clínica para a unidade de partos de cada Mulher

escolha deste instrumento prende-se com a eficácia da sua aplicabilidade à área da saúde como demonstram outros estudos. Além de ser capaz de fornecer informações entre as expectativas e percepções dos clientes, o SERVQUAL apresenta como ponto positivo a possibilidade de conhecer a participação dos funcionários nas linhas da frente e suas contribuições para o serviço final. Esses funcionários são os que têm contacto direto com o cliente, são responsáveis pela ação direta com os consumidores e colaboram com os gestores na tomada de decisão, possibilitando que informações sobre o bem ou serviço cheguem às suas mãos, permitindo a análise da qualidade do serviço prestado (KOTLER, 2005). Neste sentido, o modelo dos GAPS e a ferramenta SERVQUAL pelas características descritas constituíram-se fundamentais no presente estudo empírico. Ainda neste âmbito segue-se a pergunta três que pretende avaliar quais os aspetos que mais influenciam as respostas às duas perguntas anteriores.

No que diz respeito à escala SERVQUAL, os seus 22 itens estão distribuídos por 5 sub-escalas: Sub-escala 1 – Aspetos Tangíveis, constituída por 4 itens (1, 2, 3, 4); Sub-escala 2 – Fiabilidade, constituída por 5 itens (5, 6, 7, 8, 9); Sub-escala 3 – Capacidade de Resposta, constituída por 4 itens (10, 11, 12, 13); Sub-escala 4 – Segurança, constituída por 4 itens (14, 15, 16, 17); Sub-escala 5 – Empatia, constituída por 5 itens (18, 19, 20, 21, 22). Estes itens são de resposta tipo *Likert* com formato de 7 pontos onde é pedido às puérperas que graduem a sua resposta entre “1- Discordo totalmente” e “7- Concordo totalmente”.

Esta escala foi realizada em duas partes, sendo que na primeira as puérperas tinham de responder com base na expectativa da sala de partos e dos cuidados de saúde prestados. Na segunda parte, as puérperas teriam de ter como base a percepção da sala de partos e dos cuidados de saúde prestados.

Por último pretende-se identificar a possibilidade de retorno das utentes ao serviço (Pergunta quatro) e as áreas prioritárias de atuação em termos de melhoria dos serviços (Pergunta cinco e seis).

2.4. Conclusão

Neste capítulo cumpriu-se o objetivo de identificar e caracterizar o tipo de estudo, atendendo ao objetivo do estudo, que visa traçar o perfil das clientes do Serviço de bloco

de Partos/Obstetrícia I do Hospital Infante D. Pedro, verificar a sua intenção de retorno e avaliar a percepção que elas têm da qualidade dos serviços de saúde prestados no parto, tendo como objetivo avaliar a satisfação das puérperas relativamente aos cuidados prestados no parto.

Assim sendo, delineou-se um estudo descritivo-correlacional com base em duas questões de investigação, visando identificar as ligações entre as variáveis e verificar as duas hipóteses.

Para tal recorreu-se à ferramenta SERVQUAL para elaborar um questionário que refletisse os aspetos sociodemográficos, incluindo dados obstétricos e informação sobre o grau de satisfação com a qualidade dos serviços de acordo com as variáveis em estudo.

CAPÍTULO III – ESTUDO EMPÍRICO

3.1. Introdução

O estudo de caso representa uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, constituindo uma estratégia de pesquisa utilizada nas Ciências Sociais. Sendo o seu objetivo geral: explorar, descrever, explicar, avaliar e transformar.

A amostra num estudo de caso é fundamental, pois constitui o cerne da investigação, sendo que o processo de amostragem só está concluído quando se esgota a informação a extrair através do confronto das várias fontes de evidência.

No que concerne à validade de um estudo de caso verifica-se que determinados autores defendem que a generalização não faz qualquer tipo de sentido, devido à especificidade do “caso”.

No entanto, existem estudos de caso em que os resultados podem, de alguma forma, serem generalizados, aplicando-se a outras situações. No que se refere à fiabilidade, esta relaciona-se com a possibilidade de reaplicar as conclusões a que se chega e com a possibilidade de diversos investigadores chegarem a resultados semelhantes sobre o mesmo fenómeno estudado.

Assim, considera-se que um estudo de caso representa um método de investigação relevante, sobretudo porque assenta numa pesquisa intensiva e aprofundada de um determinado objeto de estudo, que se encontra extremamente bem definido e que visa compreender a singularidade e globalidade do caso em simultâneo.

Este capítulo divide-se em oito partes. Inicia-se com a presente introdução (Secção 3.1), à qual se segue a apresentação do Hospital alvo do estudo (Secção 3.2), identificação dos procedimentos de recolha e tratamento dos dados (Secção 3.3), bem como, da análise destes (Secção 3.4). Prossegue-se com a caracterização geral da amostra (Secção 3.5) e das variáveis sociodemográficas, obstétricas e clínicas. Na sexta parte deste capítulo apresentam-se os resultados (Secção 3.6), seguindo-se a sua discussão (Secção 3.7) e, finalmente apresenta-se uma breve síntese (Secção 3.8).

3.2. Apresentação do Hospital

A história do Hospital Infante D. Pedro E.P. – Aveiro⁴, inicia-se no ano de 1895 altura em que o então provedor de Santa Casa, Visconde da Silva Melo, se interessou pela construção de um novo hospital. Em 1899 é adquirido por três contos de reis o terreno e no dia 15 de Outubro de 1901 é lançada a primeira pedra para a construção do novo hospital. As obras concluem-se em finais de 1915, embora já em 1914 tenham sido recebidos os primeiros doentes (Bloco 1, 2, 3, 4).

Verifica-se entretanto a insuficiência das instalações para responder às necessidades de concelho, em constante crescimento. Assim, em Maio de 1957 iniciam-se as obras para a construção de um novo pavilhão com capacidade para 106 camas (Bloco 6).

O Hospital da Misericórdia de Aveiro passou a Hospital Distrital de Aveiro, em Maio de 1976. Ainda em 1976 é inaugurado um novo bloco (Bloco 7) que constitui hoje o atual Bloco Central do Hospital.

A intenção de assegurar de uma forma mais eficaz a cobertura hospitalar da parte sul do distrito de Aveiro foi criado⁵ o Centro Hospitalar Aveiro-Sul, constituído por duas unidades hospitalares já existentes: Hospital de Aveiro e o Hospital de Águeda. Com o crescimento de cada instituição surge a necessidade, de cada uma assumir a sua própria autonomia⁶. Entretanto, iniciara-se a construção de um novo edifício (Bloco 8) em simultâneo com a readaptação do bloco 6. Em Outubro de 1988, transferem-se alguns serviços para o bloco 8 e em Março de 1989 acontece o mesmo com o bloco 6.

No final de 1999 iniciaram-se as obras da unidade de Cuidados Intensivos polivalentes, hoje, denominado Serviço de Medicina Intensiva (SMI) tendo sido inaugurada em Fevereiro de 2001.

Para a previsão inicial de um Hospital Distrital de pouco mais de 300 camas, contrapôs-se uma adequada estruturação de crescimento e diferenciação, na década de 90, adaptando-se assim o Hospital, às novas realidades. Inicialmente previsto para uma lotação de 300 camas, o Hospital compreende atualmente cerca de 417.

⁴ www.hip.min-saude.pt

⁵ Pelo Dec. Reg. nº3/79 de 24 de Fevereiro.

⁶ Facto conseguido pelo Dec. Reg. nº18/87 de 4 de Março.

Em Dezembro de 2002, dá-se um novo passo fundamental no desenvolvimento deste hospital, pois é incluído no grupo dos 31 hospitais que passaram a ter um estatuto de Sociedade Anónima, o que inevitavelmente lhe confere um diferente modo de atuação. No ano de 2004 foi inaugurado o serviço de urgência em novas instalações, tal como em 2008 surgiu a medicina III. Ainda em 2008 foi inaugurado o Bloco de Partos após ter sido a um longo processo de requalificação.

A área de influência do Hospital Infante D. Pedro EP, compreende os Concelhos de Aveiro, Águeda, Albergaria-a-Velha, Ílhavo, Oliveira do Bairro, Murtosa, Vagos, Estarreja e Sever do Vouga, articulando-se em rede de forma complementar com os Hospitais Distritais de Estarreja e Águeda. Segundo os censos de 2001, o número de habitantes da região do Baixo Vouga ascende a 385.434 (acréscimo de 10% em relação aos censos de 1991), o que significa que são potenciais utentes do Hospital.

Posteriormente, o hospital constitui-se como uma empresa pública de gestão privada, pelo que se denomina Hospital Infante D. Pedro E.P.E. e apresentou-se como um Hospital de Nível II, disponibilizando um leque amplo de valências e cuidados especializados.

O Hospital enquanto instituição mantém-se fiel à seguinte missão:

- Assegurar a prestação de cuidados hospitalares com elevados e reconhecidos padrões de qualidade e em respeito pelo princípio da equidade aos cidadãos da sua área de influência, na prevenção, tratamento e reabilitação da doença, mas também na decorrente reinserção e na promoção da saúde;
- Promover a formação específica e contínua das profissões da saúde em colaboração estreita com a restante rede formal de formação dessas profissões;
- Colaborar nas atividades de investigação e no desenvolvimento de tecnologias de saúde, nomeadamente com a Universidade de Aveiro.

Na sua visão pretende ser reconhecido como um hospital de referência por parte dos cidadãos residentes no Distrito de Aveiro e, a outro nível, de entre os Hospitais da rede do Serviço Nacional de Saúde, seja ao nível da prestação de serviços, seja ao nível técnico-científico. Relativamente aos valores que preconiza salientam-se:

- Orientação para os cidadãos/utilizadores;
- Competência e promoção da melhoria contínua;

- Transparência nos processos de decisão e respeito pelos princípios éticos.

Recentemente, o Hospital de Aveiro foi integrado no Centro Hospitalar do Baixo Vouga⁷, do qual fazem ainda parte o hospital de Estarreja e o Hospital de Águeda.

A designação de Bloco de Partos é atribuída à estrutura física que inclui a urgência obstétrica e ginecológica, a sala operatória da obstetrícia e a sala de partos. Estes serviços evidenciam uma estreita articulação nas dinâmicas de funcionamento desde logo pela particularidade da continuidade de cuidados entre si, facto que se traduz também na direção clínica que é comum. Igualmente, a equipa de enfermagem da Sala de Partos, Urgência Obstétrica e Ginecológica e serviço de Obstetrícia II/ Ginecologia é chefiada pelo mesmo Chefe, tendo este como missão coordenar e rentabilizar os recursos materiais e humanos e em simultâneo despertar, motivar e dinamizar a equipa para um objetivo comum.

Na sala de partos trabalham Médicos Obstetras e Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia, com a colaboração de outros técnicos de forma direta (Médicos Anestésistas e Assistentes operacionais) e indireta (Técnicos de laboratório, etc.).

Quanto à estrutura física evidencia-se um processo de requalificação e modernização do bloco de partos, sendo que desde 2007 passou a estar dotado das instalações recomendadas pelo Ministério da Saúde e pela OMS.

3.3. Procedimentos de recolha e tratamento dos dados

A colheita de dados processou-se em todos os dias da semana, entre o dia um e o dia trinta e um de Maio de 2012 no serviço de Obstetrícia I do Hospital Infante D. Pedro em Aveiro.

As participantes foram contactadas no serviço de internamento pela investigadora entre as 24 horas e as 48 horas de pós-parto. Após consentimento informado, e atendendo aos necessários cuidados éticos com o estudo, foi solicitado às puérperas o preenchimento do questionário. Neste sentido optou-se por uma amostragem não probabilística acidental (FORTIN, 1999).

⁷ Decreto de lei nº 30/2011 de 2 de Março.

As únicas instruções orais foram no sentido de que lessem com atenção todas as perguntas, o facto de não existirem perguntas certas ou erradas e para que respondessem da forma que achassem corresponder com mais exatidão ao seu caso.

Foi facultado um envelope no qual deveriam colocar o questionário preenchido, por sua vez colocado numa caixa apropriada para os mesmos, colocada na receção. Os envelopes eram recolhidos diariamente apenas pela investigadora.

Atendendo ao tipo de estudo, nomeadamente à natureza do fenómeno em estudo e ao processo de amostragem seleccionado, optou-se por colher os dados através da aplicação do questionário (Anexo).

O referido instrumento de colheita de dados inclui um questionário sociodemográfico, obstétrico e clínico (elaborado para o efeito), seguido de uma adaptação da escala SERVQUAL.

Foi realizado um pré-teste a nove puérperas que acabaram por participar no estudo, sendo que não revelaram dúvidas no seu preenchimento, pelo que não houve necessidade de proceder a correções.

No que diz respeito à escala SERVQUAL, os seus 22 itens foram anteriormente descritos na página 50.

Estes itens são de resposta tipo *Likert* com formato de 7 pontos onde é pedido às puérperas que graduem a sua resposta entre “1- Discordo totalmente” e “7- Concordo totalmente”.

Esta escala foi realizada em duas partes, sendo que na primeira as puérperas tinham de responder com base na expectativa da sala de partos e dos cuidados de saúde prestados. Na segunda parte, as puérperas teriam de ter como base a percepção da sala de partos e dos cuidados de saúde prestados.

Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao programa SPSS 17.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

3.4. Análise dos dados

No que diz respeito à análise dos resultados, os dados referentes às variáveis de categorização da amostra são apresentados em quadros de distribuição de frequências, complementadas, sempre que a natureza da variável o permitiu por medidas de tendência central e de dispersão ou variabilidade.

Para a seleção e organização por dimensões (sub-escalas) dos itens incluídos na versão final da escala SERVQUAL, aplicado no âmbito deste trabalho, foi realizada uma análise da homogeneidade dos itens e da consistência interna da escala e das sub-escalas. Para tal, recorreu-se à opção *Scale* do referido programa de estatística e calculando as medidas descritivas de resumo, as correlações de cada item com o total da escala e/ou sub-escala (excluindo o respetivo item) e a sua influência sobre o *alfa de Cronbach*, utilizado como medida de fidelidade interna da escala.

Relativamente ao estudo psicométrico (Quadro 1) da escala SERVQUAL, verificou-se que para o total da escala os valores do coeficiente de relação de consistência interna (*Alpha de Cronbach*) são superiores ao mínimo recomendável (0.70), tendo-se obtido 0.89 para a escala das expectativas e 0.76 para a escala da perceção. Analisando os valores obtidos pelas sub-escalas verifica-se que apenas duas sub-escalas da perceção obtêm valores inferiores a 0.70: os “Aspetos tangíveis” (0.67) e a “Segurança” (0.23, valor que não reúne condições de segurança para comparações e testes).

Quadro 1 – Consistência interna da escala SERVQUAL

	Expectativas	Perceção
Total da escala	0,888	0,767
Aspetos Tangíveis	0,937	0,668
Fiabilidade	0,922	0,844
Capacidade de Resposta	0,757	0,723
Segurança	0,764	0,234
Empatia	0,904	0,942

FONTE: Sistematização própria

Para testar as hipóteses recorre-se aos testes não-paramétricos de *Spearman's-rho* para detetar diferenças significativas entre as sub-escalas e totais. Esta opção por testes não paramétricos justifica-se pelo facto de não se cumprir um dos três pressupostos para a

utilização dos testes paramétricos, o pressuposto da normalidade da distribuição da variável dependente em todas as sub-escalas e totais excetuando a sub-escala de capacidade de resposta referente à percepção, com o teste de *Kolmogorov-Smirnov* com correção de significância de *Lilliefors* (Quadro 2).

QUADRO 2- Resultado da aplicação do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (com correção de significância de Lilliefors) para avaliação da aderência à normalidade da escala SERVQUAL quanto às expectativas e à percepção (n=120)

	Estatística	p
Expectativas - total	,107	,002
Expectativas – Aspectos Tangíveis	,223	,000
Expectativas – Fiabilidade	,194	,000
Expectativas – Capacidade de Resposta	,112	,001
Expectativas – Segurança	,169	,000
Expectativas – Empatia	,165	,000
Percepção - total	,137	,000
Percepção – Aspectos Tangíveis	,197	,000
Percepção – Fiabilidade	,164	,000
Percepção – Capacidade de Resposta	,075	,090
Percepção – Segurança	,115	,000
Percepção – Empatia	,195	,000

FONTE: Sistematização própria

Assumiu-se como valor crítico de significância dos resultados dos testes de hipóteses $\alpha=.05$, rejeitando-se a hipótese nula quando a probabilidade de erro tipo I foi inferior àquele valor ($p<.05$).

3.5. Caracterização geral da amostra

A amostra em estudo é constituída por 120 puérperas e será apresentada de acordo com a divisão referida anteriormente, isto é, por variáveis sociodemográficas, obstétricas e clínicas.

3.5.1. Variáveis sociodemográficas

No que respeita à idade das puérperas, verifica-se (Quadro 3) que a média é de 30,08 anos com um desvio padrão de 6,6 anos. Estes dados estão em conformidade com o “Anuário Estatístico de Portugal 2006” publicado pelo INE (2007), que indica que em 2006, a idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho foi de 28,1 anos (ressalvando-se que a presente amostra não é restrita a primigestas). Verifica-se ainda que as puérperas da amostra tinham entre 16 e 42 anos.

QUADRO 3 - Estatísticas resumo da variável idade das puérperas (n=120)

	\bar{x}	s	Min.	Máx.
Idade	30,08	6,633	16	42

FONTE: Sistematização própria

No que concerne às restantes características sociodemográficas das puérperas da amostra (Quadro 4), verifica-se que relativamente ao estado civil, a maioria das puérperas é casada (62,5%), sendo que 26 são solteiras (21,7%), apenas divorciada (0,8%) e 18 responderam “outro” (15,0%), possivelmente união de facto.

Relativamente às habilitações literárias 33,3% das puérperas possui licenciatura, enquanto que uma larga percentagem de 37,5% possui apenas até ao 3º ciclo do ensino básico (9º ano).

No que diz respeito às habilitações literárias superiores à licenciatura, 5 puérperas possuem mestrado (4,2%) e apenas 2 doutoramento (1,7%). Pode-se afirmar que a amostra é heterogénea quanto às habilitações académicas.

Neste seguimento, a profissão das puérperas retrata de certa forma estes níveis de instrução, com um total de 62,5% das puérperas a enquadrarem-se nos níveis profissionais mais baixos da Classificação Nacional de Profissões. Quanto à situação laboral das puérperas por altura do preenchimento do questionário, 40 estavam desempregadas (33,3%). Já em termos de composição do agregado familiar, a maioria das puérperas da amostra vive com o companheiro (90,8%) distribuindo-se quase de igual forma entre viver apenas com o companheiro (45,0%) e viver com o companheiro e outros elementos (45,8%). Apenas 6 puérperas vivem sem o companheiro (5,0%) e 5 (4,2%) vivem noutra situação.

QUADRO 4 - Distribuição dos elementos da amostra em função das características sociodemográficas (n= 120)

Variáveis	n	%
Estado Civil:		
Casada	75	62,5%
Solteira	26	21,7%
Divorciada	1	0,8%
Outro	18	15,0%
Habilitações:		
1º ciclo do ensino básico	1	0,8%
2º ciclo do ensino básico	11	9,2%
3º ciclo do ensino básico	33	27,5%
Ensino secundário	27	22,5%
Licenciatura	40	33,3%
Mestrado	5	4,2%
Doutoramento	2	1,7%
Outro	1	0,8%
Profissão:		
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	30	25,0%
Técnicas e profissionais de nível intermédio	7	5,8%
Pessoal administrativo	8	6,7%
Trabalhadoras dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	23	19,2%
Agricultoras e trabalhadoras qualificadas da agricultura, pesca e floresta	1	0,8%
Trabalhadoras qualificadas da indústria, construção e artífices	1	0,8%
Operadoras de instalações e máquinas e trabalhadoras de montagem	13	10,8%
Trabalhadoras não qualificadas	36	30,0%
Estudantes	1	0,8%
Situação laboral:		
Desempregada	40	33,3%
Empregada	64	53,3%
Trabalhador por conta própria	12	10,0%
Outro	4	3,3%
Agregado familiar:		
Vive só com o companheiro	54	45,0%
Vive com o companheiro e outros elementos	55	45,8%
Vive sem o companheiro	6	5,0%
Outro	5	4,2%

FONTE: Sistematização própria

3.5.2. Variáveis obstétricas e clínicas

No que respeita às variáveis obstétricas, pode-se através do Quadro 5 verificar que relativamente ao tipo de parto das puérperas da amostra, pouco menos de metade das grávidas foi submetida a cesariana (43,3%), enquanto nas restantes, cujo parto foi realizado por via vaginal, em 20,8% houve necessidade de instrumentalizar o parto.

Das 43 puérperas que tiveram um parto normal, 27 desses partos foram realizados pelo enfermeiro especialista em saúde materna (62,8%), 6 por médicos obstetras (14,0%) e 8 das grávidas não sabem quem lhes realizou o parto (18,6%).

QUADRO 5 - Distribuição dos elementos da amostra em função das características obstétricas (n=120)

Variáveis	n	%
Como foi o seu parto:		
Normal	43	35,8%
Instrumentado	25	20,8%
Cesariana	52	43,3%
Quem realizou o seu parto:		
Enfermeiro especialista em saúde materna	27	62,8%
Médico obstetra	6	14,0%

FONTE: Sistematização própria

Apresentando as variáveis racionais, verifica-se através do Quadro 6 que o número médio de gravidezes da amostra situa-se nos 1,9 com desvio padrão de 1,3. Sendo que as respostas se situaram entre 1 e 7 gravidezes. Pode-se verificar também que o número de partos e número de filhos vivos são praticamente iguais com média de 1,5. Já os mínimos e máximos são iguais, sendo 1 o número mínimo de partos e filhos vivos, e 5 o número máximo.

Relativamente às semanas de gestação na data do parto, apresentam uma média de 38,8 semanas com um desvio padrão de 1,3 semanas, e têm como mínimo e máximo os valores de 35 e 41 respetivamente. Por fim, quanto à duração do trabalho de parto, contata-se que a média fica próxima das 9 horas ($\bar{x} = 8,675$; $s=7,600$), com um mínimo de 0 e um máximo de 48 horas.

QUADRO 6 – Estatísticas resumo das variáveis (n=120)

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Número de Gravidezes	1,875	1,261	1	7
Número de Partos	1,542	0,934	1	5
Número de filhos vivos	1,508	0,860	1	5
Semanas de gestação na data do parto	38,803	1,254	35	41
Duração do trabalho de parto (horas)	8,675	7,600	0	48

FONTE: Sistematização própria

3.6. Apresentação dos resultados

Procede-se com a apresentação dos resultados obtidos que se referem às análises estatísticas dos dados recolhidos, organizados no sentido de dar resposta às questões de investigação e testar as hipóteses formuladas. Esta apresentação e análise terão um carácter descritivo, ficando a interpretação dos resultados obtidos reservada para a discussão. Começa-se por responder às questões de investigação que se colocou previamente:

- Q1- Qual o grau de “satisfação com os cuidados” durante o trabalho de parto e parto das puérperas que recorrem ao bloco de partos do Hospital de Aveiro.
- Q2- Em que dimensões a “satisfação com os cuidados” é maior?
- Q3- Em que dimensões a “satisfação com os cuidados” é menor?

Inicia-se com a análise estatística descritiva relativa aos resultados obtidos nas sub-escalas da escala SERVQUAL (Quadro 7), que apresenta as medidas resumo das sub-escalas e da pontuação total da SERVQUAL onde se incluem os valores das médias, desvio-padrão, coeficientes de variação e *GAPS* de cada sub-escala. Pode desde logo verificar-se, face ao formato de resposta dos itens (que varia de 1 – Discorda Totalmente a 7 – Concorda Totalmente), que na generalidade, as puérperas possuem elevado grau de concordância e satisfação, tanto nas expectativas ($\bar{x}=5.46$, $s=0.88$), como na percepção ($\bar{x}=5.52$, $s=0.73$).

QUADRO 7 – Medidas resumo das sub-escalas e da pontuação total da SERVQUAL (n=120).

SUB-ESCALAS E TOTAIS	Expectativas			Percepções			GAPS
	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de variação	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de variação	Média
ASPETOS TANGÍVEIS	5,64	1,73	30,61	6,47	0,62	9,55	-0,82
FIABILIDADE	5,84	1,34	23,02	6,05	0,90	14,87	-0,21
CAPACIDADE DE RESPOSTA*	4,68	1,60	34,10	4,08	1,60	39,21	0,60
SEGURANÇA	5,86	1,10	18,72	5,63	0,83	14,82	0,23
EMPATIA*	5,23	1,81	34,68	5,29	1,96	36,98	-0,06
TOTAL	5,46	0,88	16,20	5,52	0,73	13,13	-0,06

FONTE: Sistematização própria

* Sub-escalas de cotação invertida

Comparando agora a média das escalas expectativa e percepção, observa-se que em quase todas as sub-escalas, as médias encontradas para a expectativa possuem valores inferiores às da percepção. Tal observação poderá indicar uma maior qualidade nos serviços, diante destes GAPS observados, que podem ser indicativos de satisfação das puérperas referente às diferentes dimensões de avaliação do serviço prestado, sendo que a média de todas as sub-escalas ronda os 5.50 pontos, com exceção das escalas de cotação invertida, nomeadamente a sub-escala “Capacidade de resposta” tanto para as expectativas ($\bar{x}=4.68$, $s=1.60$) como para as percepções ($\bar{x}=4.08$, $s=1.60$) e a sub-escala “Empatia”, também para as expectativas ($\bar{x}=5.23$, $s=1.81$) e para as percepções ($\bar{x}=5.29$, $s=1.96$). Em contraponto, as dimensões com valores médios considerados positivos, apresentam-se as sub-escalas “Aspetos Tangíveis” [quanto às expectativas ($\bar{x}=5.64$, $s=1.73$) e percepções ($\bar{x}=6.47$, $s=0.62$)], a sub-escala “Fiabilidade” [quanto às expectativas ($\bar{x}=5.84$, $s=1.34$) e percepções ($\bar{x}=6.05$, $s=0.90$)], segue-se também a sub-escala “Segurança” [quanto às expectativas ($\bar{x}=5.86$, $s=1.10$) e percepções ($\bar{x}=5.63$, $s=0.83$)] e também o total da escala (já referido em cima).

Analisando agora os GAPS, verificamos que apenas nas sub-escalas “Segurança” e “Capacidade de resposta” os valores são positivos levando a uma conclusão negativa pois a expectativa supera a percepção da realidade. Nas restantes sub-escalas “Aspetos tangíveis”, “Fiabilidade” e “Empatia” bem como no total da escala, os valores dos GAPS já são negativos, podendo assim concluir-se que a percepção da realidade supera as expectativas que as puérperas tinham.

Neste seguimento e analisando agora item a item (Quadro 8), verifica-se que para as expectativas, as afirmações com a média mais elevada são as afirmações 6 “Quando as utentes têm algum problema com estas instituições, elas deveriam ser solidárias e promover a segurança.” (\bar{x} =5.93, s =1.46) e 7 “A sala de partos e os cuidados prestados deveriam ser de confiança.” (\bar{x} =6.12, s =1.43) relativas à sub-escala “Fiabilidade” e as afirmações 14 “As utentes deveriam ser capazes de acreditar nos profissionais.” (\bar{x} =5.97, s =1.33), 16 “Os profissionais de saúde deveriam ser educados.” (\bar{x} =6.25, s =1.24) e 17 “Os profissionais de saúde deveriam obter as condições necessárias por parte da instituição para prestar cuidados de saúde adequados.” (\bar{x} =5.86, s =1.50) relativas à sub-escala “Segurança”. Em contrapartida, as afirmações com a média mais baixa, são as afirmações 10 “Não seria de esperar que os profissionais de saúde informassem as utentes aquando da realização de procedimentos e prestação de cuidados.” (\bar{x} =4.56, s =2.37), 11 “Não é razoável esperar pela disponibilidade imediata dos profissionais.” (\bar{x} =5.03, s =2.00) e 13 “É normal que os profissionais estejam muito ocupados” (\bar{x} =3.73, s =1.96) da sub-escala “Capacidade de resposta” e as afirmações 18 “Não seria de esperar que os profissionais de saúde prestassem cuidados individualizados” (\bar{x} =4.76, s =2.25) e 19 “Não se pode esperar que os profissionais de saúde prestem cuidados de saúde personalizados.” (\bar{x} =4.92, s =2.16) da sub-escala “Empatia”.

Em relação às perceções, as afirmações com a média mais elevada são as afirmações 1 “A sala de partos apresenta equipamentos modernos.” (\bar{x} =6.65, s =0.67), 2 “As instalações físicas são visualmente atrativas.” (\bar{x} =6.31, s =0.99), 3 “Os profissionais de saúde estavam bem fardados, identificados e limpos.” (\bar{x} =6.45, s =0.87) e 4 “A aparência das instalações da instituição de saúde está conservada de acordo com o serviço oferecido” (\bar{x} =6.45, s =0.93) relativas à sub-escala “Aspetos tangíveis” e a afirmação 7 “A sala de partos e os cuidados prestados são de confiança.” (\bar{x} =6.45, s =0.88) relativa à sub-escala “Fiabilidade”. Por outro lado, as afirmações com a média mais baixa, são as afirmações 10 “Os profissionais de saúde não informam exatamente quando os cuidados serão prestados.” (\bar{x} =3.83, s =2.08), 11 “Não se recebe cuidados imediatos por parte dos profissionais de saúde.” (\bar{x} =4.33, s =2.11), 12 “Os profissionais de saúde não estão sempre disponíveis para a prestação de cuidados.” (\bar{x} =4.45, s =2.27) e 13 “Os profissionais estão sempre muito ocupados.” (\bar{x} =3,71, s =2.12) da sub-escala “Capacidade de resposta” e a afirmação 17 “Os profissionais de saúde não obtêm as condições necessárias por parte da instituição para prestar cuidados de saúde adequados.” (\bar{x} =4,20, s =2.00) da sub-escala “Segurança”.

QUADRO 8 – Média, desvio padrão, coeficiente de variação e *gaps* (diferença entre expectativa e percepção) da escala SERVQUAL

		Expetativas			Percepções			gaps
		Média	Desvio Padrão	Coeficiente de variação	Média	Desvio Padrão	Coeficiente de variação	Média
ASPETOS TANGÍVEIS	1. ... equipamentos modernos	5,63	1,99	35,35	6,65	<u>0,67</u>	10,06	-1,02
	2. ... instalações visualmente atrativas	5,41	1,83	33,77	6,31	<u>0,99</u>	15,76	-0,90
	3. ... profissionais bem fardados	5,76	1,93	33,47	6,45	<u>0,87</u>	13,49	-0,70
	4. ... instalações conservadas	5,78	1,78	30,90	6,45	<u>0,93</u>	14,37	-0,68
FIABILIDADE	5. ... <i>timing</i> na prestação cuidados	5,74	1,51	26,30	5,88	1,29	21,91	-0,14
	6. ... instituições solidárias e segurança	5,93	<u>1,46</u>	24,60	6,09	1,17	19,27	-0,16
	7. ... sala e cuidados de confiança	6,12	<u>1,43</u>	23,43	6,45	<u>0,88</u>	13,61	-0,33
	8. ... cuidados no tempo previsto	5,79	1,51	26,02	5,95	1,16	19,47	-0,16
	9. ... registros corretos	5,62	1,75	31,15	5,90	1,20	20,31	-0,28
CAPACIDADE DE RESPOSTA	10. (INV) ... ser informada procedimentos	<u>4,56</u>	2,37	51,96	<u>3,83</u>	2,08	54,25	<u>0,73</u>
	11. (INV) ... disponibilidade imediata	<u>5,03</u>	2,00	39,73	<u>4,33</u>	2,11	48,64	<u>0,70</u>
	12. (INV) ... profissionais sempre disponíveis	5,40	1,94	35,96	<u>4,45</u>	2,27	51,03	<u>0,95</u>
	13. (INV) ... profissionais muito ocupados	<u>3,73</u>	1,96	52,44	<u>3,71</u>	2,12	57,02	0,02
SEGURANÇA	14. ... acreditar nos profissionais	5,97	<u>1,33</u>	22,26	6,25	1,03	16,50	-0,28
	15. ... intervir ativamente decisão cuidados	5,33	1,63	30,54	5,72	1,55	27,10	-0,39
	16. ... profissionais educados	6,25	<u>1,24</u>	19,89	6,30	1,05	16,65	-0,04
	17. ... profissionais obter condições institucionais	5,86	<u>1,50</u>	25,64	<u>4,20</u>	2,00	47,56	<u>1,66</u>
	18 (INV) ... cuidados individualizados	<u>4,76</u>	2,25	47,22	4,99	2,28	45,76	-0,23
EMPATIA	19 (INV) ... cuidados personalizado	<u>4,92</u>	2,16	44,01	5,34	2,04	38,10	-0,43
	20. (INV) ... conheçam necessidades utentes	5,43	2,02	37,23	5,38	2,00	37,24	0,04
	21. (INV) ... objetivo responder necessidades	5,51	2,13	38,60	5,44	2,13	39,06	0,07
	22. (INV) ... horário funcionamento conveniente	5,53	2,09	37,91	5,29	2,38	45,00	<u>0,23</u>

FONTE: Sistematização própria

Em relação aos *GAPS*, pode observar-se que a maioria das afirmações tem valor negativo. Nestas destacam-se as seguintes: afirmação 1 “A sala de partos deveria ter/apresenta equipamentos modernos.” (*GAP*= -1.02), 2 “As instalações físicas deveriam ser/são visualmente atrativas.” (*GAP*= -0.90), 3 “Os profissionais de saúde deviam

estar/estavam bem fardados, identificados e limpos.” ($GAP=-0.70$) e 4 “A aparência das instalações da instituição de saúde deviam estar/está conservadas de acordo com o serviço oferecido.” ($GAP=-0.68$) da sub-escala “Aspectos tangíveis” e ainda a afirmação 19 “Os profissionais de saúde não prestam cuidados de saúde personalizados.” ($GAP= -0.43$) da sub-escala “Empatia”.

Analisando ainda o Quadro 8 podem observar-se também as afirmações com valor de GAP mais positivo, sendo elas a afirmação 10 “Os profissionais de saúde não informam exatamente quando os cuidados serão prestados.” ($GAP=0.73$), 11 “Não se recebe cuidados imediatos por parte dos profissionais de saúde” ($GAP =0.70$) e 12 “Os profissionais de saúde não estão sempre disponíveis para a prestação de cuidados.” ($GAP =0.95$) da sub-escala “Capacidade de resposta”, a afirmação 17 “Os profissionais de saúde deveriam obter/não obtêm as condições necessárias por parte da instituição para prestar cuidados de saúde adequados.” ($GAP =1.66$), da sub-escala “Segurança” e também a afirmação 22 “O horário de funcionamento não devia de ser conveniente para todas as utentes.” ($GAP =0.23$) da sub-escala “Empatia”.

De salientar também que, no que toca às expectativas, a afirmação 10 “Não seria de esperar que os profissionais de saúde informassem as utentes aquando da realização de procedimentos e prestação de cuidados.” ($s=2.37$) da sub-escala “capacidade de resposta” e as afirmações 18 “Não seria de esperar que os profissionais de saúde prestassem cuidados individualizados.” ($s=2.25$), 19 “Não se pode esperar que os profissionais de saúde prestem cuidados de saúde personalizados” ($s=2.16$), 21 “É descabido que esta instituição hospitalar tenha como objetivo responder aos interesses das utentes.” ($s=2.13$) e 22 “O horário de funcionamento não deveria de ser conveniente para todas as utentes” ($s=2.09$) da sub-escala “Empatia” são as que apresentam as maiores medidas de dispersão em termos de desvio padrão. Já as que apresentam menor medidas de dispersão, são as afirmações 6 “Quando as utentes têm algum problema com estas instituições elas, deveriam ser solidárias e promover a segurança.” ($s=1.46$) e 7 “A sala de partos e os cuidados prestados deveriam ser de confiança.” ($s=1.43$) da sub-escala “Fiabilidade” e as afirmações 14 “As utentes deveriam ser capazes de acreditar nos profissionais.” ($s=1.33$), 16 “Os profissionais de saúde deveriam ser educados.” ($s=1.24$) e 17 “Os profissionais de saúde deveriam obter as condições necessárias por parte da instituição para prestar cuidados de saúde adequados.” ($s=1.50$) da sub-escala “Segurança”.

No que refere à percepção, as afirmações que apresentam maior amplitude de resposta, são as afirmações 12 “Os profissionais de saúde não estão sempre disponíveis para a prestação de cuidados.” (s=2.27) e 13 “Os profissionais estão sempre muito ocupados.” (s=2.12) da sub-escala “Capacidade de resposta” e as afirmações 18 “Os profissionais de saúde não prestam cuidados individualizados.” (s=2.28), 21 “A instituição hospitalar não tem como objetivo responder aos interesses das utentes.” (s=2.13) e 22 “O horário de funcionamento não é conveniente para todas as utentes.” (s=2.38) da sub-escala “Empatia” e as que apresentam menor desvio padrão, são as afirmações 1 “A sala de partos apresenta equipamentos modernos.” (s=0.67), 2 “As instalações físicas são visualmente atrativas.” (s=0.99), 3 “Os profissionais de saúde estavam bem fardados, identificados e limpos.” (s=0.87) e 4 “A aparência das instalações da instituição de saúde está conservada de acordo com o serviço oferecido.” (s=0.93) da sub-escala “Aspectos tangíveis” e a afirmação 7 “A sala de partos e os cuidados prestados são de confiança.” (s=0.88) da sub-escala “Fiabilidade”.

Finalmente, relativamente aos coeficientes de variação que traduzem a variabilidade em torno da média, em relação às expectativas, as afirmações onde a média se torna estatisticamente representativa, são a afirmação 5 “Quando a instituição assume prestar cuidados em determinado *timing*, deveria fazê-lo.” (CV=26.30), 6 “Quando as utentes têm algum problema com estas instituições elas, deveriam ser solidárias e promover a segurança.” (CV=24.60), 7 “A sala de partos e os cuidados prestados deveriam ser de confiança.” (CV=23.43) e 8 “Os cuidados de saúde deveriam ser prestados de acordo com o tempo previsto.” (CV=26.02) da sub-escala “Fiabilidade” e as afirmações 14 “As utentes deveriam ser capazes de acreditar nos profissionais.” (CV=22.26), 16 “Os profissionais de saúde deveriam ser educados.” (CV=19.89) e 17 “Os profissionais de saúde deveriam obter as condições necessárias por parte da instituição para prestar cuidados de saúde adequados.” (CV=25.64) da sub-escala “Segurança”.

Em relação à percepção, são as afirmações 1 “A sala de partos apresenta equipamentos modernos.” (CV=10.06), 2 “As instalações físicas são visualmente atrativas” (CV=15.74), 3 “Os profissionais de saúde estavam bem fardados, identificados e limpos” (CV=13.49) e 4 “A aparência das instalações da instituição de saúde está conservada de acordo com o serviço oferecido” (CV=14.37) da sub-escala “Aspectos tangíveis”, 5 “Quando a instituição assume prestar cuidados em determinado *timing*, fá-lo” (CV=21.91), 6 “Quando as utentes têm algum problema com esta instituição, ela é solidária e deixa a utente segura” (CV=19.27), 7 “A sala de partos e os cuidados prestados são de confiança” (CV=13.61), 8

“Os cuidados de saúde são prestados de acordo com o tempo previsto.” (CV=19.47) e 9 “Os profissionais de saúde realizam os registos de forma correta.” (CV=20.31) da sub-escala “Fiabilidade” e ainda 14 “As utentes podem acreditar nos profissionais de saúde” (CV=16.50), 15 “As utentes sentem-se seguras para intervir ativamente na decisão dos cuidados de saúde.” (CV=27.10) e 16 “Os profissionais de saúde são educados.” (CV=16.65) da sub-escala “Segurança” as que têm a média estatisticamente representativa.

No quadro seguinte (Quadro 9) apresenta-se o teste de *wilcoxon* para amostras emparelhadas, que coloca em evidência quais os itens ou sub-escalas em que a diferença das expectativas e as perceções é estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Pode ainda constatar-se o número de grávidas para as quais esta diferença foi positiva, negativa ou se manteve aproximadamente igual.

Realizando uma análise mais detalhada à tabela anterior, podemos afirmar que relativamente à sub-escala “Aspetos Tangíveis” todas as afirmações bem como o total da sub-escala mostram que há diferenças estatisticamente significativas entre a expectativa e a perceção, concluindo-se que a realidade é melhor que do que estariam à espera, aí se incluem: a existência de equipamentos modernos, instalações visualmente atrativas, profissionais bem identificados e farados, e instalações conservadas.

Já em relação à sub-escala “Fiabilidade”, apenas a afirmação 7 “A sala de partos e os cuidados prestados deveriam ser/são de confiança?” mostra diferença estatisticamente significativa, pesando o *rank* positivo (perceção superior às expectativas). Nesta sub-escala estão incluídos o *timing* da instituição, solidariedade da instituição, confiança da sala de partos, tempo de prestação de serviços nos cuidados de saúde, e realização dos registos de forma correta.

Quanto à “Capacidade de Resposta”, podemos observar ainda na tabela anterior que todas as afirmações excetuando a afirmação 13 (sobre a ocupação dos profissionais) e o total da sub-escala, comportam de maneira contrária ao anterior, podendo afirmar que as expectativas superam a perceção, aí se incluem: má informação dos profissionais quanto aos cuidados prestados, rapidez nos cuidados imediatos por parte dos profissionais, falta de disponibilidade dos profissionais na prestação de cuidados, e falta de tempo dos profissionais.

QUADRO 9 – Valores do teste de *Wilcoxon* realizado à escala entre a expectativa e a percepção

	Item	Valor do teste de Wilcoxon	Sig. (2- tailed)	Diferença entre momentos		
				a) rank positivo	Empate	b) rank negativo
ASPETOS TANGÍVEIS	1...equipamentos modernos	-5,160	0,000	<u>45</u>	65	10
	2. ... instalações visualmente atrativas	-4,577	0,000	<u>53</u>	50	17
	3. ... profissionais bem fardados	-3,121	0,002	<u>40</u>	59	20
	4. ... instalações conservadas	-3,703	0,000	<u>40</u>	62	17
	Total da subescala	-4,671	0,000	<u>57</u>	28	35
FIABILIDADE	5. ... <i>timing</i> na prestação cuidados	-0,559	0,576	44	35	40
	6. ... instituições solidárias e segurança	-0,555	0,579	45	43	32
	7. ... sala e cuidados de confiança	-2,195	0,028	<u>36</u>	62	22
	8. ... cuidados no tempo previsto	-0,522	0,602	44	38	37
	9. ... registos corretos	-0,997	0,319	34	59	26
	Total da subescala	-1,355	0,176	55	18	47
CAPACIDADE DE RESPOSTA	10. (INV) ... ser informada procedimentos	-2,528	0,011	<u>56</u>	23	40
	11. (INV) ... disponibilidade imediata	-2,912	0,004	<u>55</u>	36	29
	12. (INV) ... profissionais sempre disponíveis	-4,022	0,000	<u>60</u>	40	20
	13. (INV) ... profissionais muito ocupados	-0,058	0,954	39	36	41
	Total da subescala	-3,226	0,001	<u>74</u>	11	35
SEGURANÇA	14. ... acreditar nos profissionais	-1,684	0,092	43	51	26
	15. ... intervir ativamente decisão cuidados	-2,280	0,023	<u>48</u>	46	23
	16. ...profissionais educados	-0,371	0,711	31	54	32
	17. ... profissionais obter condições institucionais	-5,562	0,000	13	31	<u>72</u>
	Total da subescala	-2,751	0,006	41	10	<u>69</u>
EMPATIA	18 (INV) ... cuidados individualizados	-1,097	0,273	34	40	45
	19 (INV) ... cuidados personalizados	-2,185	0,029	32	45	<u>43</u>
	20. (INV) ... conheçam necessidades utentes	-0,154	0,878	32	45	38
	21. (INV) ... objetivo responder necessidades	-0,545	0,586	32	50	38
	22. (INV) ... horário funcionamento conveniente	-1,161	0,246	30	64	26
	Total da subescala	-0,607	0,544	46	20	54
Total da escala		-2,900	0,004	76	3	41

FONTE: Sistematização própria

a)Rank positivo = percepção>expectativas b) Rank negativo = expectativas>percepção

No que concerne à “Segurança”, onde estão incluídos a confiança, a segurança e a educação dos profissionais de saúde, bem como a falta de condições necessárias por

parte da instituição para prestar cuidados de saúde adequados, podemos afirmar que há diferença estatisticamente significativa nas afirmações 15 e 17 bem como no seu total, apontando apenas a afirmação 15 para a realidade ser melhor do que se esperava e a afirmação 17 e o seu total para a realidade ser pior do que a expectativa.

Por fim, na sub-escala “Empatia”, apenas se observa que é estatisticamente significativa a afirmação 19, sobre a personalização dos cuidados de saúde, indicando que a percepção supera as expectativas. Nesta sub-escala, estão incluídos a falta de prestação de serviços individualizados e personalizados, a falta de conhecimento da necessidade das utentes, a falta de resposta às utentes por parte da instituição hospitalar e a falta de horários de funcionamento compatíveis com as utentes.

Passando à análise das hipóteses estabelecidas, refere-se desde já que comportando as hipóteses e diversas variáveis, estas serão analisadas separadamente. Para a análise dessas variáveis são usados três tipos de testes estatísticos (não paramétricos), que se referem já, para não se repetir constantemente a sua justificação.

Assim, quando se testarem variáveis agrupadas em dois grupos (nominais ou ordinais) utilizou-se o teste *U de Mann-Whitney*, quando em vez de dois grupos, a variável independente foi organizada em três ou mais grupos utilizou-se o teste *H de Kruskal-Wallis*, e por fim, quando a variável independente era racional usou-se o *coeficiente de correlação de Spearman*.

H1 - Existe correlação entre as variáveis sócio-demográficas (Idade; Estado civil; Habilitações literárias; Situação laboral; Composição do agregado familiar) das puérperas e a escala de satisfação SERVQUAL.

Relativamente à correlação da Idade das puérperas com a escala de satisfação SERVQUAL, calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman (Quadro 10) e através da leitura do nível de significância verifica-se ausência de correlação estatisticamente significativa ($p > 0.05$) para todas as sub-escalas ou total da escala. Desta forma, não existe evidência estatística para afirmar que a idade e a escala de satisfação SERVQUAL se encontram relacionadas.

Para o Estado civil – agrupado em dois grupos – verificam-se (Quadro 11) diferenças estatisticamente significativas para as sub-escalas “Segurança” ($Z = -1,960$, $p < 0.05$) e

“Empatia” ($Z=-2.358$, $p<.05$), sendo que para a “Segurança” a significância se situa no limite.

QUADRO 10 – Correlação entre a idade das puérperas e a escala SERVQUAL (n=120)

	ASPETOS TANGÍVEIS		FIABILIDADE		CAPACIDADE DE RESPOSTA*		SEGURANÇA		EMPATIA*		Total Perceção SERVQUAL	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Idade	-0,147	0,108	-0,161	0,080	0,024	0,795	0,033	0,718	0,167	0,068	-0,138	0,133

FONTE: Sistematização própria

Existe assim evidência estatística para afirmar que as puérperas solteiras e divorciadas se encontram mais satisfeitas em relação à “Segurança” e as casadas e a viver em união de facto se encontram mais satisfeitas em relação à Empatia”. Nas restantes sub-escalas e total da escala, não se apresentam diferenças estatisticamente significativas.

QUADRO 11 – Resultados dos testes de Mann-Whitney referentes à escala SERVQUAL em função da variável “Estado Civil” (n=120)

Estado civil		n	Média postos	z	p
ASPETOS TANGÍVEIS	Solt. e Divor.	27	60,59	-0,016	0,987
	Casadas e Un. Facto	93	60,47		
FIABILIDADE	Solt. e Divor.	27	68,31	-1,335	0,182
	Casadas e Un. Facto	93	58,23		
CAPACIDADE DE RESPOSTA*	Solt. e Divor.	27	55,22	-0,897	0,370
	Casadas e Un. Facto	93	62,03		
SEGURANÇA	Solt. e Divor.	27	71,98	-1,960	0,050
	Casadas e Un. Facto	93	57,17		
EMPATIA*	Solt. e Divor.	27	46,89	-2,358	0,018
	Casadas e Un. Facto	93	64,45		
SERVQUAL	Solt. e Divor.	27	53,00	-1,273	0,203
	Casadas e Un. Facto	93	62,68		

FONTE: Sistematização própria

Em termos de Habilitações Literárias – agrupadas em dois grupos – não se verificam (Quadro 12) diferenças estatisticamente significativas nem para as sub-escalas nem para o total da escala.

QUADRO 12 – Resultados dos testes de *Mann-Whitney* referentes à escala SERVQUAL em função da variável “Habilitações literárias” (n=120)

	Hab. Acad.	n	Média postos	z	p
ASPETOS TANGÍVEIS	Até ao 12.º	72	59,41	-0,436	0,663
	Curso Sup.	48	62,14		
FIABILIDADE	Até ao 12.º	72	63,90	-1,319	0,187
	Curso Sup.	48	55,41		
CAPACIDADE DE RESPOSTA*	Até ao 12.º	72	63,21	-1,046	0,295
	Curso Sup.	48	56,44		
SEGURANÇA	Até ao 12.º	72	58,42	-0,809	0,419
	Curso Sup.	48	63,63		
EMPATIA*	Até ao 12.º	72	56,59	-1,540	0,124
	Curso Sup.	48	66,36		
SERVQUAL	Até ao 12.º	72	59,00	-0,579	0,563
	Curso Sup.	48	62,75		

FONTE: Sistematização própria

Relativamente à Situação Laboral – agrupada em dois grupos – verificam-se (Quadro 13) diferenças estatisticamente significativas para a sub-escala “Empatia” ($Z=-2.365$, $p<.05$) e para o total da escala ($Z=-2.102$, $p<.05$).

QUADRO 13 – Resultados dos testes de *Mann-Whitney* referentes à escala SERVQUAL em função da variável “Situação laboral” (n=120)

	Emprego	n	Média postos	z	p
ASPETOS TANGÍVEIS	Sim	80	60,59	-0,040	0,968
	Não	40	60,33		
FIABILIDADE	Sim	80	57,76	-1,230	0,219
	Não	40	65,99		
CAPACIDADE DE RESPOSTA*	Sim	80	62,30	-0,803	0,422
	Não	40	56,90		
SEGURANÇA	Sim	80	57,65	-1,277	0,202
	Não	40	66,20		
EMPATIA*	Sim	80	65,70	-2,365	0,018
	Não	40	50,10		
SERVQUAL	Sim	80	65,22	-2,102	0,036
	Não	40	51,06		

FONTE: Sistematização própria

Através da ordenação média dos postos verifica-se o facto de serem as puérperas desempregadas as que se apresentam mais satisfeitas nestas dimensões. Nas restantes as diferenças observadas não se apresentam estatisticamente significativas.

Já relativamente à Composição do agregado familiar – agrupados em dois grupos – não existem (Quadro 14) diferenças estatisticamente significativas.

QUADRO 14 – Resultados dos testes de *Mann-Whitney* referentes à escala SERVQUAL em função da variável “Composição do agregado familiar” (n=120)

Composição do agregado		n	Média postos	z	p
ASPETOS TANGÍVEIS	Companheiro e Filhos	109	59,39	-1,146	0,252
	Outros	11	71,55		
FIABILIDADE	Companheiro e Filhos	109	59,58	-0,916	0,360
	Outros	11	69,59		
CAPACIDADE DE RESPOSTA*	Companheiro e Filhos	109	59,17	-1,316	0,188
	Outros	11	73,64		
SEGURANÇA	Companheiro e Filhos	109	62,17	-1,666	0,096
	Outros	11	43,95		
EMPATIA*	Companheiro e Filhos	109	60,72	-0,228	0,820
	Outros	11	58,27		
SERVQUAL	Companheiro e Filhos	109	60,20	-0,296	0,767
	Outros	11	63,45		

FONTE: Sistematização própria

H2 - Existe correlação entre as variáveis obstétricas e clínicas (Número de Partos; Semanas de gestação; Tipo de parto; Profissional de Saúde que realizou o Parto; Duração do trabalho de parto; Aulas de preparação para o parto) das puérperas e a escala de satisfação SERVQUAL.

Para testar a correlação das variáveis Número de partos e Semanas de Gestação recorreu-se novamente ao coeficiente de correlação de *Spearman* (Quadro 15), sendo que não se verificou nenhuma correlação estatisticamente significativa nem no número de partos nem nas semanas de gestação.

No que concerne ao Tipo de Parto, também não se verificam (Quadro 16) diferenças estatisticamente significativas ($p < .05$) através do teste de *H de Kruskal-Wallis*.

Apesar de as diferenças não serem estatisticamente significativas, verifica-se através do quadro seguinte que a satisfação é maior nas puérperas submetidas a parto normal em todas as dimensões, à exceção das sub-escalas “Aspetos tangíveis” e “Empatia” e

também no total da escala, que é maior nas puérperas que tiveram um parto instrumentado.

QUADRO 15 – Correlação entre as variáveis “Número de Partos” (n=120) e “Semanas de Gestação” (n=117) das puérperas e a escala SERVQUAL

	ASPETOS TANGÍVEIS		FIABILIDADE		CAPACIDADE DE RESPOSTA*		SEGURANÇA		EMPATIA*		Total Percepção SERVQUAL	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Nº partos	-0,137	0,137	0,043	0,645	0,009	0,918	0,031	0,741	-0,125	0,174	-0,096	0,298
Sem. Gest.	0,022	0,814	-0,013	0,891	-0,043	0,645	0,070	0,453	-0,060	0,520	-0,040	0,666

FONTE: Sistematização própria

QUADRO 16 – Resultados do teste de *Kruskal-Wallis* referentes à escala SERVQUAL em função da variável “Tipo de Parto” (n=120)

Tipo de parto		n	Média Postos	χ^2	p
ASPETOS TANGÍVEIS	Normal	43	61,02	0,177	0,915
	Instrumentado	25	62,42		
	Cesariana	52	59,14		
FIABILIDADE	Normal	43	64,06	1,598	0,450
	Instrumentado	25	63,86		
	Cesariana	52	55,94		
CAPACIDADE DE RESPOSTA*	Normal	43	61,97	0,247	0,884
	Instrumentado	25	61,72		
	Cesariana	52	58,70		
SEGURANÇA	Normal	43	61,79	0,192	0,909
	Instrumentado	25	61,56		
	Cesariana	52	58,92		
EMPATIA*	Normal	43	56,44	3,188	0,203
	Instrumentado	25	71,14		
	Cesariana	52	58,74		
SERVQUAL	Normal	43	59,55	1,520	0,468
	Instrumentado	25	67,96		
	Cesariana	52	57,70		

FONTE: Sistematização própria

Relativamente ao Profissional de Saúde que realizou o parto também não se verificam (Quadro 17) diferenças estatisticamente significativas ($p > .05$).

Apesar de as diferenças não serem estatisticamente significativas, verifica-se através do quadro anterior que a satisfação é maior no caso de terem sido enfermeiros a realizar o parto nas sub-escalas “Fiabilidade” e “Empatia”, enquanto que quando foi o médico a realizar o parto, as puérperas se mostraram mais satisfeitas em relação a “Aspetos tangíveis”, “Capacidade de Resposta”, “Segurança” e também no total da escala. Sublinhe-se novamente que estas diferenças não foram estatisticamente significativas.

QUADRO 17 – Resultados do teste de *Mann-Whitney* referentes à escala SERVQUAL em função da variável “Profissional de Saúde que realizou o Parto” (n=33)

	Profissional	n	Média Postos	z	p
ASPETOS TANGÍVEIS	Enfermeira	27	16,69	-0,413	0,680
	Médico	6	18,42		
FIABILIDADE	Enfermeira	27	17,15	-0,188	0,851
	Médico	6	16,33		
CAPACIDADE DE RESPOSTA*	Enfermeira	27	15,67	-1,684	0,092
	Médico	6	23,00		
SEGURANÇA	Enfermeira	27	16,76	-0,306	0,760
	Médico	6	18,08		
EMPATIA*	Enfermeira	27	17,35	-0,449	0,654
	Médico	6	15,42		
SERVQUAL	Enfermeira	27	16,81	-0,234	0,815
	Médico	6	17,83		

FONTE: Sistematização própria

Relativamente ao tempo de trabalho de parto, através do coeficiente de correlação de *Spearman* (Quadro 18), verifica-se apenas uma correlação estatisticamente significativa na sub-escala “Empatia” ($r=0.253$, $p < .05$), desta forma existe evidência estatística para afirmar que quanto maior for a duração do parto, menor será a satisfação das puérperas relativamente à Empatia com os profissionais de saúde ou instituição. Nas restantes correlações, não há qualquer relação estatisticamente significativa ($p > .05$).

QUADRO 18 – Correlação entre a “Duração do Trabalho de Parto” e a escala SERVQUAL (n=114)

	ASPETOS TANGÍVEIS		FIABILIDADE		CAPACIDADE DE RESPOSTA*		SEGURANÇA		EMPATIA*		Total Percepção SERVQUAL	
	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>
Duração do parto	0,145	0,124	-0,032	0,734	0,034	0,722	0,019	0,843	0,253	0,007	0,171	0,069

FONTE: Sistematização própria

Por fim, no que concerne à realização ou não de Curso de preparação para o parto também não se verificam (Quadro 19) diferenças estatisticamente significativas ($p > .05$).

QUADRO 19 – Resultados do teste de *Mann-Whitney* referentes à escala SERVQUAL em função da variável “Curso de Preparação para o Parto” (n=119)

	Curso de Preparação para o parto	n	Média Postos	z	p
ASPETOS TANGÍVEIS	Sim	27	68,28	-1,469	0,142
	Não	92	57,57		
FIABILIDADE	Sim	27	63,11	-0,537	0,592
	Não	92	59,09		
CAPACIDADE DE RESPOSTA*	Sim	27	57,00	-0,515	0,607
	Não	92	60,88		
SEGURANÇA	Sim	27	54,69	-0,916	0,360
	Não	92	61,56		
EMPATIA*	Sim	27	70,72	-1,877	0,061
	Não	92	56,85		
SERVQUAL	Sim	27	68,72	-1,495	0,135
	Não	92	57,44		

FONTE: Sistematização própria

Quanto às últimas variáveis apresentadas no questionário, para a avaliação dos cuidados de saúde prestados na sala de partos (Quadro 20) foram realizadas duas questões com respostas dicotômicas. À questão “estes foram de encontro às suas expectativas”, 118 (99,2%) puérperas responderam que “sim”, e apenas uma disse que “não”. Quanto à questão “voltaria a recorrer a este serviço”, houve também 118 (98,3%) puérperas que

responderam que voltariam a recorrer ao serviço, e 2 (1,7%) que não voltariam ao serviço em causa.

QUADRO 20 – Distribuição dos elementos da amostra em função da avaliação dos cuidados de saúde na sala de partos (n=120)

		N	%
Estes foram de encontro às suas expectativas?	Sim	118	99,2
	Não	1	0,8
Voltaria a recorrer a este serviço?	Sim	118	98,3
	Não	2	1,7

FONTE: Sistematização própria

QUADRO 21 – Distribuição dos elementos da amostra em função da avaliação dos cuidados de saúde na sala de partos (n=120)

		N	%
Aspetos positivos	Nada a apontar, tudo positivo	56	46,7
	Simpatia dos profissionais	25	20,8
	Cuidados prestados	33	27,5
	Superar expectativas	3	2,5
	Outros	3	2,5
Aspetos negativos	Nada a apontar	92	76,7
	Falta de equipamentos ou materiais	9	7,5
	Impossibilidade para o autocuidado devido à imobilidade	4	3,5
	Não ser permitido maior número de acompanhantes	4	3,3
	Pouca tolerância/explicar/esclarecer	3	2,5
	Dor	8	6,7

FONTE: Sistematização própria

Já em relação aos aspetos positivos e negativos dos cuidados de saúde prestados (Quadro 21), dos aspetos positivos destacam-se as respostas “nada a apontar, tudo positivo” (46,7%) seguida de “cuidados prestados” (27,5%) e “simpatia dos profissionais”

(20,8%). Quanto aos aspetos negativos 92 puérperas (76,7%) não têm “nada a apontar”. Enquanto que 9 (7,5%) lamentam a “falta de equipamentos ou materiais”, 8 puérperas (6,7%) queixaram-se de “dor”, sendo que uma pequena percentagem de puérperas revelou também como aspetos negativos, a “impossibilidade para o autocuidado” devido à mobilidade condicionada, a “não ser permitido um maior número de acompanhantes” e ainda à pouca tolerância na explicação e esclarecimento de dúvidas.

3.7. Discussão dos resultados

Constata-se de forma sumária que a amostra de 120 puérperas em estudo se caracteriza por uma média de idades de 30.08 anos, sendo na sua maioria casadas (62,5%). Quanto às habilitações académicas a amostra é heterogénea, contudo a sua maioria enquadra-se nos níveis profissionais mais baixos da Classificação Nacional de Profissões e 33,3% estão desempregadas, facto que se pode relacionar com a conjuntura socioeconómica que se vive no país. Quanto ao agregado familiar a maioria das puérperas da amostra vive com o companheiro (90,8%) facto que se pode aliar ao modelo cultural de família vigente na população portuguesa.

No que diz respeito às variáveis obstétricas e clínicas a amostra em estudo evidência uma incidência de cesarianas de 43,3% valor muito díspar das recomendações da OMS que apontam para um valor médio ideal de 15%, contudo esta problemática segundo SARDO, FERREIRA & MARQUES (2008) deve-se a vários fatores desde logo à medicina moderna que é tendencialmente defensiva, bem como, a fatores socioculturais como a supremacia da cultura de uma vigilância da gravidez nos serviços de saúde privados. De destacar que a meta dos 23% recomendada e negociada em 2011 pelo Ministério da Saúde com os órgãos de Administração Hospitalar do País está assim longe de ser cumprida.

A maioria dos partos normais foram no entanto realizados por enfermeiros especialistas, conforme preconizam as várias entidades (OMS, Ministérios da Saúde, APEO, entre outras). Contudo é de salientar que 18,6% não sabem quem foi o partejante, isto é, o profissional de saúde que realizou o parto. Sendo que este facto poderá ser sinónimo de falha na identificação dos profissionais quer verbal quer através de placa de identificação e com a agravante que todas as classes profissionais dentro da sala de partos usam a mesma farda cirúrgica (verde).

Na sequência da questão de partida “Qual o grau de satisfação com os cuidados durante o trabalho de parto e parto das puérperas que recorrem ao bloco de partos do Hospital de Aveiro” observa-se que em quase todas as sub-escalas, as médias encontradas para expectativa possuem valores inferiores às da percepção, pelo que se conclui que se verifica uma maior qualidade nos serviços, diante dos gaps observados, que podem ser indicativos de satisfação das puérperas no que diz respeito às dimensões de avaliação do serviço prestado. Com especial relevância para a valorização de equipamentos modernos, instalações visualmente atrativas e instalações conservadas, facto que se justifica as obras de requalificação recentemente em 2009. Paralelamente evidencia-se a satisfação com o fardamento dos profissionais, que com foi referido anteriormente utilizam fardamento cirúrgico no decorrer do trabalho de parto e no intraparto são utilizados equipamentos cirúrgicos específicos (touca, máscara, bata cirúrgica e viseira) que permitem assepsia cirúrgica, evidenciando-se assim o cumprimento das normas de boas práticas. Evidencia-se ainda satisfação com a segurança transmitida pela sala e pelos cuidados, facto que poderá ser benéfico não só para a qualidade dos cuidados da instituição como para as puérperas, pois neste âmbito segundo COSTA (2003) grávidas satisfeitas com os cuidados tendencialmente têm vivências mais satisfatórias da maternidade no puerpério.

Por outro lado, a satisfação não é tão evidente em aspetos como a informação fornecida aquando dos procedimentos, facto que já foi evidenciado em estudos anteriores (COUTO, 2003; COSTA, 2003). Contudo esta lacuna impossibilita o cumprimento integral do direito das parturientes ao consentimento informado conforme assim prevê a legislação em vigor (Instituto da Qualidade em Saúde, 2000).

Paralelamente, a assistência de cuidados não imediatos, as lacunas na disponibilidade e a ocupação permanente dos profissionais são apontados pelas puérperas como itens de menor satisfação, sendo que neste domínio é de referir que existem dois enfermeiros especialistas na sala de partos quando deveriam ser três conforme preconiza a OMS (1996) perante o número de partos que esta instituição assiste ao longo do ano, ora esta falta de recursos humanos tem naturalmente repercussões na satisfação das utentes, e que este estudo evidência.

Considerando os dados em análise e atendendo à Hipótese “Existe correlação entre as variáveis sociodemográficas das puérperas e a escala de satisfação SERVQUAL”, evidencia-se estatisticamente que as puérperas solteiras e divorciadas se encontram

mais satisfeitas em relação à “segurança” e as casadas e a viver em união de facto se encontram mais satisfeitas em relação à “Empatia”. Eventualmente porque as segundas se faram acompanhar do marido/companheiro enquanto que as primeiras terão de necessariamente se vincular e confiar na equipa de saúde pois poderão não ter outro suporte emocional nesta vivência em particular do trabalho de parto e parto. Paralelamente, as puérperas desempregadas evidenciam-se mais satisfeitas quanto à dimensão “Empatia”, facto que segundo BOWERS, SWAN & KOHLER (1994) deve-se à tendência das pessoas desempregadas para sobrevalorizar as vivências positivas como forma de compensação.

Por outro lado, não é possível concluir que a idade das puérperas, as habilitações literárias e a composição do agregado familiar influenciem a satisfação das parturientes com a qualidade dos cuidados. Embora outros estudos consigam identificar esta relação no que diz respeito à influência da idade e às habilitações literárias, nomeadamente, os estudos desenvolvidos por COUTO (2003) e COSTA (2003). Sendo que este dizem que quanto maior a idade e as habilitações académicas menor será a satisfação com os cuidados de saúde.

Atendendo à hipótese “Existe correlação entre as variáveis obstétricas das puérperas e a escala de satisfação SERVQUAL”, não é possível concluir que o número de partos, as semanas de gestão, a frequência de aulas de preparação para o parto, nem o profissional de saúde que realiza o parto, influenciem a satisfação das parturientes com a qualidade dos cuidados.

No que diz respeito às semanas de gestação apenas se encontra referência bibliográfica à diminuição da satisfação nos casos de grandes prematuros, segundo CANAVARRO (2001) e a Direção Geral de Saúde (2008), pelas complicações que a prematuridade acarreta. Contudo a média de idade gestacional da amostra poderá justificar a falta de correlação referida. Quanto à frequência de preparação para o parto são inúmeros os estudos e autores que advogam a importância destas aulas na promoção da satisfação das utentes não só com os cuidados como também com a própria vivência do parto, tais como: ANTUNES, LOPES & FERNANDES (2006); ANDREZZO (2007); BLENDON. et al. (2001); COUTO (2003); COSTA (2003); FIGUEIREDO, PACHECO & PAIS (2002).

Embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas, verifica-se que a satisfação é maior nas puérperas submetidas a parto normal em todas as dimensões, à exceção das sub-escalas “Aspetos tangíveis” e “Empatia” e também no total da escala,

que é maior nas puérperas que tiveram um parto instrumentado. Tal facto é igualmente apresentado por muitos autores e estudos tais como: BRANDEN (2000); Direção Geral de Saúde (1997); FAME & APEO (2008); FIGUEIREDO, PACHECO & PAIS (2002). Num parto normal os procedimentos médicos invasivos são menores, logo, a propensão para o medo do desconhecido e para a dor será menor. Paralelamente o instinto maternal segue o caminho fisiológico desta vivência e a adaptação da mulher à maternidade é mais tranquila como descreve CANAVARRO (2001).

Paralelamente, o presente estudo revela que a satisfação é maior no caso de terem sido enfermeiros a realizar o parto nas sub-escalas “Fiabilidade” e “Empatia”, enquanto que quando foi o médico a realizar o parto, as puérperas se mostraram mais satisfeitas em relação a “Aspetos tangíveis”, “Capacidade de Resposta”, “Segurança” e também no total da escala. Embora estas diferenças não sejam estatisticamente significativas existem inúmeros autores que consideram estas premissas reais, tais como: COUTO (2003) e URDAN (2001). Este facto poderá estar relacionado com a relação exclusiva que os enfermeiros têm com a realização de partos normais, sendo que por si só, como foi referido anteriormente este tipo de parto poderá ser potenciador de uma maior satisfação. Por outro lado, para a intervenção médica ocorrer é necessário que algo não esteja a decorrer com normalidade, ou seja, que se verifique um quadro de trabalho de parto patológico, sendo que este quadro poderá gerar ansiedade na parturiente e condicionar a sua vivência de parto de forma negativa.

Foi possível verificar neste estudo que de forma muito significativa o serviço vai de encontro às expectativas das puérperas (99,2%), bem como, 98,3% das puérperas voltaria a recorrer ao serviço. Evidencia-se assim a satisfação das utentes com os cuidados de saúde prestados neste serviço, não só pela intenção de retorno, mas também pela verbalização dos cuidados prestados enquanto aspeto positivo do serviço (27,5), e paralelamente, 76,7% não têm aspetos negativos a apontar.

3.8. Síntese

A colheita de dados processou-se no mês Maio de 2012 no serviço de Obstetrícia I do Hospital Infante D. Pedro em Aveiro, Sendo as participantes contactadas no serviço de internamento pela investigadora entre as 24 horas e as 48 horas de pós-parto. Após

consentimento informado, e atendendo aos necessários cuidados éticos com o estudo, foi solicitado às puérperas o preenchimento do questionário.

O referido instrumento de colheita de dados inclui um questionário sociodemográfico, obstétrico e clínico (elaborado para o efeito), seguido de uma adaptação da escala SERVQUAL com 22 itens. Esta escala foi realizada em duas partes, sendo que na primeira as puérperas tinham de responder com base na expectativa da sala de partos e dos cuidados de saúde prestados. Na segunda parte, as puérperas teriam de ter como base a perceção da sala de partos e dos cuidados de saúde prestados.

Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao programa SPSS 17.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*). No que diz respeito à análise dos resultados, os dados referentes às variáveis de categorização da amostra foram apresentados em quadros de distribuição de frequências, complementadas, sempre que a natureza da variável o permitiu por medidas de tendência central e de dispersão ou variabilidade.

Relativamente ao estudo psicométrico da escala SERVQUAL, verificou-se que para o total da escala os valores do coeficiente de relação de consistência interna (*Alpha de Cronbach*) são superiores ao mínimo recomendável.

Constatou-se de forma sumária que a amostra de 120 puérperas em estudo se caracteriza por uma média de idades de 30.08 anos, na sua maioria casadas e a viver com o companheiro. Quanto às habilitações académicas a amostra é heterogénea, contudo a sua maioria enquadra-se nos níveis profissionais mais baixos.

No que diz respeito às variáveis obstétricas e clínicas a amostra em estudo evidência uma incidência de cesarianas de 43,3% valor muito díspar das recomendações da OMS. A maioria dos partos normais foram no entanto realizados por enfermeiros especialistas, sendo que 18,6% não sabem quem foi o partejante.

Na sequência da questão de partida “Qual o grau de satisfação com os cuidados durante o trabalho de parto e parto das puérperas que recorrem ao bloco de partos do Hospital de Aveiro” observa-se que em quase todas as sub-escalas, as médias encontradas para expectativa possuem valores inferiores às da perceção, pelo que se conclui que se verifica uma maior qualidade nos serviços, diante dos gaps observados, que podem ser indicativos de satisfação das puérperas no que diz respeito às dimensões de avaliação

do serviço prestado. Essa satisfação é ainda expressa pela manifestação majoritária da intenção de retorno ao serviço.

CAPÍTULO IV – CONCLUSÃO

4.1. Introdução

Neste capítulo pretende-se apresentar as principais conclusões do estudo, com o propósito de avaliar se os objetivos propostos foram atingidos. Sendo que após a realização deste estudo, e com base na identificação de aspetos estatisticamente relevantes, pretende-se neste capítulo ainda identificar a possibilidade de implementação de algumas medidas com vista à melhoria contínua do serviço, bem como identificar as limitações do estudo. Por fim, com base no conhecimento dos resultados e das limitações do estudo é possível identificar pistas para investigações futuras.

4.2. Síntese e Conclusão

O presente trabalho propôs-se avaliar a satisfação das utentes relativamente aos cuidados de saúde prestados no parto. Esta avaliação pretendeu aferir o nível de satisfação global e a sua discriminação em relação a diferentes aspetos de funcionamento da organização geral do serviço, do atendimento e dos cuidados de saúde prestados procurando-se ainda identificar em que medida algumas variáveis sociodemográficas, obstétricas e clínicas podem influenciar positiva ou negativamente essa satisfação. Foi também determinado, em relação a cada uma dessas dimensões, a satisfação com os aspetos específicos de desempenho e identificadas as áreas de intervenção prioritárias em termos de melhoria na perspetiva das utentes.

Um dos contributos deste trabalho prende-se com o esclarecimento de conceitos e clarificação de modelos de leitura e compreensão das problemáticas abordadas no contexto específico dos cuidados de saúde, nomeadamente a satisfação das parturientes com a qualidade dos cuidados.

Por se tratar de assuntos atuais, alvo de constantes investigações e intervenções, esta preocupação em uniformizar conceitos e teorias reveste-se de extrema importância. Só assim se garante um trabalho concertado e desenvolvido na mesma direção. Outro contributo deste trabalho prende-se com a sistematização de dados e elaboração de um instrumento de recolha de informação, facilitadora de futuros trabalhos empíricos nesta área.

Assim, pode-se concluir que de um modo geral as puérperas encontram-se satisfeitas com os cuidados prestados, sendo a sua percepção supera na generalidade as expectativas.

Perante os dados analisados e discutidos na análise empírica e atendendo à Hipótese “Existe correlação entre as variáveis sociodemográficas das puérperas e a escala de satisfação SERVQUAL”, pode concluir-se com base na evidência estatística que as puérperas solteiras e divorciadas se encontram mais satisfeitas em relação à “segurança” e as casadas e a viver em união de facto se encontram mais satisfeitas em relação à “Empatia”, tal como, as puérperas desempregadas evidenciam-se mais satisfeitas quanto à dimensão “Empatia”. Por outro lado, não é possível concluir que a idade das puérperas, as habilitações literárias e a composição do agregado familiar influenciem a satisfação das parturientes com a qualidade dos cuidados.

Paralelamente, e considerando a hipótese “Existe correlação entre as variáveis obstétricas das puérperas e a escala de satisfação SERVQUAL”, não é possível concluir que o número de partos, as semanas de gestão, a frequência de aulas de preparação para o parto, nem o profissional de saúde que realiza o parto, influenciem a satisfação das parturientes com a qualidade dos cuidados.

Contudo, apesar de as diferenças não serem estatisticamente significativas, verifica-se que a satisfação é maior nas puérperas submetidas a parto normal em todas as dimensões, à exceção das sub-escalas “Aspetos tangíveis” e “Empatia” e também no total da escala, que é maior nas puérperas que tiveram um parto instrumentado. Tal como a satisfação é maior no caso de terem sido enfermeiros a realizar o parto nas sub-escalas “Fiabilidade” e “Empatia”, enquanto que quando foi o médico a realizar o parto, as puérperas se mostraram mais satisfeitas em relação a “Aspetos tangíveis”, “Capacidade de Resposta”, “Segurança” e também no total da escala. Sublinhe-se novamente que estas diferenças não foram estatisticamente significativas.

Concluiu-se que de um modo geral as puérperas se encontram satisfeitas com os cuidados prestados, sendo a sua percepção supera a generalidade das expectativas. Contudo, uma análise pormenorizada dos resultados permitiu identificar aspetos menos positivos e refletir sobre intervenções que visem a melhoria contínua do serviço, nomeadamente, a promoção da identificação adequada dos profissionais, a sugestão de medidas para diminuir a incidência de cesarianas, bem como, o alerta para a necessidade de reajustar os recursos humanos de acordo com as necessidades.

4.3. Ilações para a gestão

Após a realização deste estudo e com base na identificação dos aspetos que estatisticamente demonstram menor satisfação das puérperas evidencia-se a possibilidade de sugerir a implementação de algumas medidas com vista a contrariar esta tendência. Neste sentido, podem identificar-se algumas ilações para a gestão em três áreas relevantes: fomentar a devida identificação dos profissionais, implementação de medidas que visem a redução da percentagem de cesarianas, bem como, um reajustamento dos recursos humanos de acordo com a realidade do serviço.

De facto a identificação dos profissionais é uma norma de boas práticas não só da instituição como dos respetivos códigos deontológicos das classes profissionais em questão (médicos e enfermeiros). Contudo, verificou-se neste estudo que uma percentagem considerável de puérperas não sabe quem lhe realizou o parto. Nesta matéria considerando que este ambiente de trabalho deverá ser o mais asséptico possível, ao contrário da generalidade do restante ambiente hospitalar, será oportuno à semelhança do que já foi implementado em outras instituições⁸, um sistema de identificação de fardamento por cores, sendo que cada cor corresponde a uma classe profissional e a mesma estará identificada. Paralelamente, deverá apostar-se na formação e sensibilização dos profissionais para a necessidade e importância da identificação enquanto dever profissional e direito das utentes e família.

Em segundo lugar, perante a evidência estatística deste estudo é possível verificar que a percentagem de cesarianas é muito superior ao recomendado pelo Ministério da Saúde, que tem por base as diretrizes da OMS (1996). Neste sentido, parece oportuno promover a sensibilização dos profissionais e estabelecer metas graduais para a redução das mesmas. Assim, sugere-se a elaboração de uma equipa de trabalho que planifique a implementação de medidas alternativas, nomeadamente o incentivo à formação e prática de manobras obstétricas, bem como, a implementação da diretriz que OMS que advoga o registo pormenorizado do motivo da cesariana, devendo mensal ou trimestralmente estes registos serem avaliados pela referida comissão de trabalho.

Uma terceira ilação referente à assistência de cuidados não imediatos, as lacunas na disponibilidade e a ocupação permanente dos profissionais são apontados pelas

⁸ Como o Hospital São Teotónio em Viseu.

puérperas como itens de menor satisfação. Neste sentido sugere-se que as necessidades de Enfermeiros Especialistas sejam calculadas anualmente e de acordo com os dados estatísticos do livro da sala de partos referentes ao ano anterior, seguindo a fórmula sugerida pela OMS (1996), sendo que por cada 1000 partos deverão estar em permanência dois enfermeiros. Naturalmente, que a falta de recursos humanos implica o estabelecer de prioridades de atuação num serviço de elevada especificidade e complexidade, que se repercute na atenção dispensada às utentes, como advoga MELO (2001).

4.4. Limitações do estudo

No decorrer do presente estudo reconheceram-se algumas limitações, nomeadamente, quanto à disponibilidade de tempo das puérperas para responder ao questionário atendendo às dificuldades de adaptação a esta nova fase que é a maternidade e às exigências inerentes às rotinas do recém-nascido. Paralelamente, verificou-se na fase da colheita de dados que as puérperas eram solicitadas para participar em vários estudos que decorriam em simultâneo no serviço, facto que poderá influenciar a sua disponibilidade e a fiabilidade das respostas.

Por outro lado, a este momento particular da vida da mulher e do casal estão associados sentimentos que poderão ser ambivalentes de pessoa para pessoa, bem como de acordo com a experiência individual do parto e da maternidade. Nomeadamente, no caso específico da mulher as alterações hormonais têm repercussões na sua estabilidade emocional. Por conseguinte, esta labilidade emocional pode à priori condicionar as suas expectativas, bem como, a sua perceção da realidade e da experiência vivenciada.

Embora a dimensão da amostra seja razoável, não foi realizado um cálculo prévio da mesma pois é aleatória, sendo que este facto poderá limitar a fiabilidade do estudo. Paralelamente o instrumento de recolha de dados foi propositadamente adaptado para este estudo apenas porque se considerou-se ser adequado atendendo aos objetivos delineados. Por conseguinte, evidencia-se que as conclusões do estudo não poderão ser generalizadas.

Tendo-se consciência destas limitações e acreditando-se na existência de outras que possam vir a ser apontadas, considera-se que esta investigação se revelou importante e uma mais-valia para o conhecimento destas áreas de estudo e de intervenção.

4.5. Pistas para investigação futura

Após a elaboração de qualquer trabalho académico é oportuno indicar pistas para investigações futuras, uma vez que a dúvida gera conhecimento e por sua vez este gera novas dúvidas. Por conseguinte, considera-se pertinente no futuro repetir este estudo após a implementação das recomendações para a gestão no sentido de avaliar se este contribuiu para a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde prestados na sala de partos desta instituição.

Sugere-se também a implementação deste estudo empírico em diferentes instituições prestadoras de cuidados similares, pois permitiria não só uma avaliação global da satisfação como também comparar procedimentos e identificar estratégias mais adequadas de intervenção, bem como, promover a uniformização de procedimentos a nível nacional. Neste sentido considera-se que o *benchmarking* seria uma ferramenta interessante para futuros trabalhos de investigação no sentido de uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados e por conseguinte da crescente satisfação das utentes e da família.

Considera-se igualmente interessante perceber se experiências anteriores (nesta instituição ou noutra) condicionaram as expectativas das grávidas, bem como, se a sua perceção desta vivência sofre influência da possibilidade de existir um acompanhante na sala de partos e em especial se este for o pai.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBRECHT, K. (1993). **A única coisa que importa, trazer o poder do cliente para dentro da sua empresa.** São Paulo: Pioneira.

ALMEIDA, C. & XAVIER, M. (1995). **Avaliação e garantia de qualidade dos serviços de saúde mental.** Acta Médica Portuguesa, V.8, p119-131.

ANDREZZO, H. (2007). **A satisfação da parturiente com o seu parto: resultado de três maternidades do sul do Brazil** (Dissertação de curso de Medicina). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

ANTUNES, M.; LOPES, J. & FERNANDES, R. (2006). **O grau de satisfação das grávidas face ao curso de preparação para o parto.** Lisboa: Revista Nursing: nº 213, p. 6-10, ISSN 0871-6196.

ARNOULD, E. & Price, L. (1993) **River Magic - Extraordinary Experience and the Extended Service Encounter.** Journal of Consumer Research: 20, p.24-45.

BARBAULT, J. (1990). **O nascimento através dos tempos e dos povos.** Lisboa: Terramar.

BERLINGUER, G. (1996). **Ética da saúde.** São Paulo: Hucitec.

BLENDON, R.; SCHOEN, C.; DESROCHER, C.; OSBORN, R. & ZAPERT, K. (2001). **Physican's views on quality of care - a five-country comparison.** Health Affairs. Milluood: v.20, nº6, p.29., Março.

BOLTON, R. & DREW, A. (1991). **A multistage model of customers's assessment of service quality and value.** Journal of consumer research: Vol.17, nº4, p.375-84.

BOTELHO, A.; FARIA, E. & SEITO, A. (1987). **Moderna enciclopédia Universal.** 16ª edição. Lisboa: Círculo de leitores, 1630p.

BOWERS, M.; SWAN, J. & KOHLER, W. (1994). **What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery?** Health Care Management Review: vol.19 (4), p.49-55.

BRANDEN, Pennie. (2000) **Enfermagem materno-fetal.** 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Reichmann e Afonso, 524p., Abril.

BROWN, S. & SWARTZ, T. (1988). **A gap analysis of professional service quality**. Journal of marketing, nº 53.

CANAVARRO, M. (2001). **Psicologia da gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora. 407 p. ISBN 989-558-081-9.

CARDOSO, F. (2002). **Avaliação da qualidade dos serviços de Urgência – satisfação dos utentes**. Mestrado em Ciências de Enfermagem no ICBAS.

CASARREAL, K.; MILLS, J. & PLANT, M. (1986). **Improving Service through Patient Surveys in a Multihospital Organization**. Hospital & Health Services Managed care. The benefits covered under a health contract Administration: 31, nº 2, p. 41-52, Março/Abril.

COELHO, P. (2001). **Palavras essenciais**. Cascais: Arteplural.

COELHO, M.; NEVES, E.; SANTOS, R.; PEREIRA, A.; PEREIRA, M. & FIGUEIREDO, N. (2005). **Conforto e suas interfaces com o cuidar e os cuidados de enfermagem**. Revista Enfermagem Atual: nº5, p.7-13, Julho/Agosto.

CODDINGTON, D.; FISCHER, E.; MOORE, K. & CLARKE, R. (2000). **Beyond managed care – How consumers and technology are changing the future of healthcare**. San Francisco: Jossey- Bass, a Willey Company.

COUTO, G. (2003). **Preparação para o parto - Representações Mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural**. 2ªed. Lisboa: Lusociência, 185p. ISBN 972-8383-63-0.

COSTA, R.; FIGUEIREDO, B; PACHECO, A & Pais, A. (2003) - **Parto: Expectativas, Experiência, Dor e Satisfação**. Revista de Psicologia da Saúde e da Doença [Em linha]. Vol: 4, Nº1, Lisboa, p. 47- 67, Julho. Disponível em WWW: <URL<: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16450086003000100004&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1645-0086. [Consult. a 06 de Agosto de 2009].

CRONIN, J.; TAYLOR, A. (1992). **Measuring service quality: a reexamination and an extension**. Journal of Marketing, New York, V.56, p.55-68, Julho.

CROSBY, B. (1979). **Quality is free - the art of making certain**. New York: McGraw-Hill, 673p.

DEMING, E. (1986). **Quality, productivity and competitive position**. Massassuchets: Center for Advanced Engineering Study.

DONABEDIAN, A. (1980). **The definition of quality and approaches to its assessment in: explorations in quality assessment and monitoring**. Vol I. Health Administration Press: Ann Arbor.

DONABEDIAN, A. (1990). **The seven pillars of quality**. Archives Pathology & Laboratory Medicine: nº 114, p.115-118.

DONABEDIAN, A. (1993). **Continuity and change in the quest for quality**. Clinical Performance and quality in health care: v.1, nº1, p.9-16.

DONABEDIAN, A. (1994). **A gestão da qualidade total na perspectiva dos serviços de saúde**. Tradução de Roberto Passos Nogueira. Rio de Janeiro: Qualitymark.

DHOLAKIA, U.; BAGOZZI, R. & PEARO, L. (2004). **A social influence model of consumer participation in network and small-group based virtual community**. International Journal of Research in Marketing: nº 21, pp. 241-263.

Direcção Geral de Saúde. (1997). **A saúde dos portugueses**. <http://www.dgsaude.pt/Gdd/Saudeport.html>.

Direcção Geral de Saúde. (2008). **Natalidade, Mortalidade infantil, fetal e perinatal, 2003/2007**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Instituto da Qualidade em Saúde. (2000) **Excelência não é teoria, excelência é capacidade**. Revista Qualidade em Saúde, Setembro, p.44-48.

EIRIZ, V.; FIGUEIREDO, J. (2005). **Quality evaluation in health care services based on customer-provider relationships**. International Journal of Health Care Quality Assurance. Vol.18, nº6.

FAME & APEO (2008). **Iniciativa: parto normal** – Documento de consenso. Barcelona: Lusociência.

FEIGENBAUM, V. (1986). **Total quality control**. New York: McGraw-Hill, 715p.

FERREIRA, L. (1991). **Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde**. Revista Crítica de Ciências Sociais, Outubro, nº33, p.93-112.

FIGUEIREDO, B.; PACHECO, A. & PAIS, R. (2002). **Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas**. *Análise Psicológica*. V. 2, p. 203-217, ISSN: 0870-8231.

FORTIN, M. (1999). **O processo de investigação da concepção à realização**. Loures: Lusociência. ISBN 972-838-10-X.

FREITAS, A. (2005). **A qualidade de serviços no contexto da competitividade**. *Revista Produção on Line*, V.5, nº1, p.1-24.

FREITAS, Goreti; FREITAS, Olívia (1996) **Preparação para o parto pelo método psicoprofilático**. *In Sinais Vitais*. Nº 8, Agosto, pp.41- 45.

GARVIN, D. (1984). **What does product quality really mean?** *Sloan Management Review*: Cambridge, Fall.

GRAD, P. (2002). **The preamble of the constitution of the world Health Organization**. *Bulletin of the World Health Organization*, V.80, nº12, pp.981-984.

GUIMARÃES, M. (2009). **Satisfação do Utente e qualidade apercebida: Avaliação no Centro de Saúde de Aldoar**. Porto: Universidade Fernando Pessoa. Tese de Mestrado. <Disponível em https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1414/3/dm_mariaconceicaoaguimaraes.pdf>,[Consult. a 22 de Julho de 2011].

GUMMESSON, E. (1987). **The new marketing: developing long-term interactive relationships**. *Long Range Planning*, Agosto, nº 20, pp.10-20.

GOMES,B. & MENDES, M. (2008). **A interface entre a Qualidade em Saúde e a Satisfação do Utente**. Lisboa: *Revista Servir*, Volume 56, nº1, pp.7-13, ISSN 0871-2370.

GRÖNROOS, C. (1984). **A service quality model and its marketing implications**. *European Journal of Marketing*, Vol.18, nº4, pp.36-44.

GRÖNROOS, C. (1990). **An applied service marketing**. *European Journal of Marketing*: 16, pp.30-41, Fevereiro.

GRÖNROOS, C. (1995). **Marketing gerenciamento e serviços**. 5ª edição. Rio de Janeiro: Campus.

- GRÖNROOS, C. (2000). **Service Management and marketing: a customer relationship management approach**. 2ª Edição. Chichester: John Wiley & Sons.
- HAYES, B. (1998). **Measuring customs satisfaction**. 2ª Edição. American Society for quality: Milwaukee, p.278.
- HODNETT, E.; GATES, S.; HOFMEYR, G. & SAKALA, C. (2006). **Continuous support for women during childbirth**. Cochrane Review: Agosto, p.27.
- ISO 9000. (1987). **Quality Management and a quality Assurance Standards: Guidelines for selection and use**. Genebra, Suíça.
- JURAN, M. & GRYNA, M. (1970). **Quality planning and analysis: from product development through use**. New York: McGraw-Hill.
- KOTLER, P. (2000). **Marketing management: millennium edition**. 10ª Edição. New Jersey: Prentice-Hall.
- KOTLER, P. (2005). **Administração de marketing: a edição do novo milênio**. 10ª Edição. São Paulo: Prentice Hall.
- LEVENTHAL, E; SHACHAM, S. & EASTERLING, D. (1989). **Active coping reduces reports of pain control in childbirth**. Journal of consulting and Clinical Psychology. Vol. 57, Nº3. pp. 365-371.
- LOPES, R. et al. (2005). **O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto**. Psicologia: Reflexão e Crítica. [Em linha]. Vol. 18, Nº2. pp.247-254. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n2/27476.pdf>. [Consult. a 28 de Junho de 2009].
- LYTLE, K. & MOKWA, M. (1992). **Evaluating health-care quality – the moderating role of outcomes**. Journal of Health Care Marketing, vol. 12, nº1, pp.4-14.
- MALDONADO, M.; DICKSTEIN, J. & NAHOUM, J. (1997). **Nós estamos grávidos**. 10ª Edição. São Paulo: Saraiva.
- MALIK, M. & SCHIESARI, L. (1998). **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. V.3, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: Série Saúde & Cidadania.

MARLEY,K; COLLIERI, D. & GOLDSTEIN, S. (2004) **The role of clinical and process quality in achieving patiente satisfation in hospital.** Decision Sciences, v.35, nº3.

MARTÍNEZ-TUR, V.; TORDERA, N.; PEIRÓ, J. & POTOČNIK, K. (2011). **Linking Service Climate and Disconfirmation of Expectations as Predictors of Customer Satisfaction: A Cross-Level Study.** Journal of Applied Social Psychology: Maio, Volume 41, nº 5, pp.1189–1213.

MELO, R. (2001). **Avaliação da Qualidade dos Cuidados: Perspetiva do Utente.** Coimbra: Revista Investigação em Enfermagem, nº 4, pp. 29-32, ISSN 0874-7695.

MORGADO, M. (2009). **Grau de satisfação dos utentes em relação aos cuidados prestados pelo fisioterapeuta.** Estudo comparativo entre diferentes prestadores de cuidados na Ilha de São Miguel. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gestão Pública na Universidade dos Açores.

NASCIMENTO, J. (1999). **O que se diz por aí – como funciona o passa-palavra em comunicação e marketing.** Disponível em [www:http://www.secs.pt](http://www.secs.pt), [consult. a 11 de Nov. 2011].

NASCIMENTO, J. (2000). **Nova economia, novo consumidor.** Revista de comunicação e Marketing: Dezembro, pp. 83-116.

OLIVER, A. (1980). **Cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions.** Journal of Marketing Research. Novembro, Vol.17. pp.460-69.

OLIVER, R. (1997). **Satisfaction – a behavioral perspective on the consumer.** New York: McGraw-Hill.

OLIVER, L. (1999). **Whence consumer loyalty?** Journal of Marketing: vol.63, nº4, pp.33-44.

Ordem dos Enfermeiros (2007). **Parecer CJ 103/2007 sobre a possibilidade de os cursos de preparação para o parto serem ministrados por enfermeiros sem especialidade na área da saúde materna e obstétrica.** Disponível em [www:URL:http://ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sededestaques/Parecer%20123.pdf](http://ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sededestaques/Parecer%20123.pdf) [consult. a 15 de Dez. 2011].

Organização Mundial de Saúde. (1996) **Maternidade segura – Assistência ao parto: um guia prático.** Geneva: OMS/SFR/MSM.

PAULA, A.; LONG, R. & WIENER, D. (2002). **Are your patients satisfied?** Marketing Health Services: pp.29-32.

PARENTE, J. (2000). **Varejo no Brasil - gestão e estratégia.** São Paulo: Atlas, p.487.

PARASURAMAN, A.; BERRY, L. & ZEITHAMIL, V. (1984). **A conceptual model of service quality and its implications for future research.** Journal of Marketing. New York: Outubro, v.49, pp.41-50.

PARASURAMAN, A.; BERRY, L. & ZEITHAMIL, V. (1985). **SERVQUAL: A conceptual model of service quality and its implications for future research.** Journal of Marketing. Chicago: Setembro, v. 49, nº4, pp.41-50.

PARASURAMAN, A.; BERRY, L. & ZEITHAMIL, V. (1988). **SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality.** Journal of Retailing. New York: Babson College, V.64, nº 1, pp.38-40.

PARASURAMAN, A.; BERRY, L. & ZEITHAMIL, V. (1991). **Refinement and reassessment of the SERVQUAL Scale.** Journal of Retailing: 67 (4), pp.420-450.

PEGO, Z. (1998). **Qualidade dos serviços de Urgência- a perspectiva dos utentes.** Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia.

PIMENTEL, H. (2010). **Avaliação da satisfação dos utentes em relação aos centros de saúde do serviço regional de saúde dos Açores.** Dissertação de Mestrado em Ciências Económicas e Empresariais, Universidade dos Açores.

PISCO, L. (2001). **Perspectivas sobre a qualidade na saúde.** São João da Talha: Instituto da qualidade em saúde, Ano1, Outubro, nº5, pp.4-6.

PISCO, L. (2006). **A avaliação como instrumento de mudança.** Cien Saude Colet: pp.566-568.

RAMANI, R. (2007). **Measuring client satisfaction using quality in use.** Tickit Internacional, Fevereiro.

RAMSARAN-FOWDAR, R. (2005). **Identifying health care quality attributes.** Journal of Health and Human Services Administration: pp.428-443.

SANTOS, M. (1993). **Avaliação da qualidade na perspectiva do utente: importância dos aspectos não técnicos da prestação.** Revista Portuguesa Pública, v.11, nº4, pp.29-43.

SARDO, D.; LEITE, L. & CÔTO, R. (2007). **Proposta de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica.** Ordem dos Enfermeiros.

SARDO, D.; FERREIRA, M. & MARQUES, R. (2008). **Parto normal em Portugal – estado de arte.** In FAME & APEO, Iniciativa Parto Normal – Documento de consenso. Barcelona: Lusociência, pp. 13-19.

SLACK, N.; CHAMBERS, S.; HARLAND, C.; HARRISON, A. & JOHNSTON, R. (1997). **Administração da produção.** São Paulo: Atlas, p.726.

SOWER, V.; DUFFY, J.; KILBOURNE, W.; KOHERS, G. & JONES, P. (2001). **The dimensions of service for hospitals: development and use of the KQCAH scale.** Health Care Management Review Hagerstown, Spring, v.26, nº2, pp.47-59.

STEFANELLI, M. (1993). **Comunicação com paciente: teoria e ensino.** 2ª edição. São Paulo: Robe.

URDAN, T. (2001). **A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente.** *Revista de Administração de Empresas.* São Paulo: Outubro/ Dezembro, v.4, nº4, p.44-55.

VELLAY, P. (1998). **A vida sexual da mulher: o método psicofilático do parto sem dor.** 8ª edição. Lisboa: Editorial Estampa, p.245.

VERMA, D & SOBTI, R. (2002). **Patient's perception of medical services.** Journal of Services Research: vol.2, nº1: pp.123-135.

VERRILI, G. & MUERSER, A. (1982). **Guia da pré-mamã.** 21º Volume. Lisboa: Editorial Notícias, p.168.

VINAGRE, M & NEVES, J. (2008). **The influence of service quality and patients emotions on satisfaction.** International Journal of Health Care Quality Assurance: Vol.21, nº1, pp. 87-108.

WENSING, M.; ECCLES, M.; HULSCHER, M.; BOSCH, M. & GROL, K. (1997). **Improving the quality of beath care: metbods for incorporating patient´s views in health care.** British Medical Journal, Abril, Vol.326, pp.877-879.

WARE, J.; DAVIES-AVERY, A.; STEWART, J. (1978). **The measurement and meaning of patient satisfaction.** Health and Medical Care Services Review, nº1, January/February, pp.2-15.

WESTBROOK, R. & OLIVER, R. (1991). **The dimensionality of consumption emotion patterns and consumer research.** Journal of consumer research: Junho, vol. 18, pp.84-91.

**ANEXO – Questionário de avaliação da satisfação das puérperas
em relação aos cuidados de saúde no parto**



Universidade de Aveiro

Departamento de Ciências Sociais e Políticas

Exma. Puérpera

Andreia Pereira Santos Marques, Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, nesta instituição, a frequentar o Mestrado em Administração e Gestão Pública, na Universidade de Aveiro, encontra-se a desenvolver um Estudo de Investigação, com o objetivo de: **Avaliar a satisfação das puérperas relativamente aos cuidados prestados no parto.**

Ao participar neste estudo estará a contribuir para a melhoria contínua dos serviços e dos cuidados de saúde no parto.

Este questionário é **confidencial e anónimo**, pelo que não deverá conter a sua identificação. Não existem respostas certas nem erradas, e todas são **confidenciais**. Escolha apenas uma resposta por cada pergunta. Após ter terminado o preenchimento deste, certifique-se que respondeu a todas as questões e coloque o questionário dentro do envelope distribuído e feche-o.

Os resultados obtidos na pesquisa, caso tenha interesse, serão colocados à sua disposição.

Agradeço desde já a sua colaboração e disponibilidade para o seu preenchimento, estando disponível para qualquer esclarecimento a qualquer momento.

Aveiro, 2012

Questionário de avaliação da satisfação das puérperas em relação aos cuidados de saúde no parto

PARTE I

Responda às seguintes perguntas em forma de cruz nas questões com resposta estruturada em tabela ou de acordo a informação solicitada manuscrita nos espaços em aberto.

1. Idade: _____(anos)

2. Estado Civil:

Casada	
Solteira	
Divorciada	
Viúva	
Outro	

3. Habilitações Literárias:

1º Ciclo de Ensino Básico	
2º Ciclo de Ensino Básico	
3º Ciclo de Ensino Básico	
Ensino Secundário	
Licenciatura	
Mestrado	
Doutoramento	
Outro	

4. Situação Profissional

- Profissão: _____

- Situação Laboral atual:

Desempregada	
Empregada	
Trabalhador por conta própria	
Outro	

5. Agregado Familiar:

Vive só com o companheiro	
Vive com o companheiro e outros elementos	
Vive sem o companheiro	
Vive sozinha	
Outro	

6. Quantas vezes esteve grávida? _____

7. Número de partos? _____

8. Número de filhos vivos? _____

9. Quantas semanas de gestação tinha na data do parto? _____

10. Como foi o seu parto?

Normal	
Instrumentado	
Cesariana	

(Se não respondeu normal passe para a pergunta 12)

11. Quem realizou o seu parto?

Enfermeiro especialista Saúde materna	
Médico obstetra	
Não sabe	

12. Duração do Trabalho de Parto: _____ (em horas)

13. Frequentou aulas de Preparação para o Parto? _____ (sim ou não)

PARTE II

1. Atendendo às **expectativas** que tinha relativamente à sala de partos e aos cuidados de saúde prestados no parto, classifique as seguintes afirmações com base numa escala de (1) a (7), sendo que com (1) discorda totalmente e com (7) concorda totalmente.

A SALA DE PARTOS E OS CUIDADOS DE SAÚDE PRESTADOS DEVERIAM...		1	2	3	4	5	6	7
A S P E T O S T A N G Í V E I S	1.A sala de partos deveria ter equipamentos modernos.	1	2	3	4	5	6	7
	2.As instalações físicas deveriam ser visualmente atrativas.	1	2	3	4	5	6	7
	3.Os profissionais de saúde deveriam estar bem fardados, identificados e limpos.	1	2	3	4	5	6	7
	4. A aparência das instalações da instituição de saúde deveriam estar conservadas de acordo com o serviço oferecido.	1	2	3	4	5	6	7
F I A B I L I D A D E	5. Quando a instituição assume prestar cuidados em determinado <i>timing</i> , deveria fazê-lo.	1	2	3	4	5	6	7
	6. Quando as utentes têm algum problema com estas instituições elas, deveriam ser solidárias e promover a segurança.	1	2	3	4	5	6	7
	7. A sala de partos e os cuidados prestados deveriam ser de confiança.	1	2	3	4	5	6	7
	8 Os cuidados de saúde deveriam ser prestados de acordo com o tempo previsto.	1	2	3	4	5	6	7
	9. Os profissionais de saúde deveriam realizar os registos de forma correta.	1	2	3	4	5	6	7
C A P A C I D A D E R E S P O S T A	10. Não seria de esperar que os profissionais de saúde informassem as utentes aquando da realização de procedimentos e prestação de cuidados.	1	2	3	4	5	6	7
	11. Não é razoável esperar pela disponibilidade imediata dos profissionais.	1	2	3	4	5	6	7
	12. Os profissionais de saúde não têm que estar sempre disponíveis para a prestação de cuidados.	1	2	3	4	5	6	7
	13. É normal que os profissionais estejam muito ocupados.	1	2	3	4	5	6	7
S E G U R A N Ç A	14. As utentes deveriam ser capazes de acreditar nos profissionais.	1	2	3	4	5	6	7
	15. As utentes deveriam ser capazes de intervir ativamente na decisão dos cuidados de saúde.	1	2	3	4	5	6	7
	16. Os profissionais de saúde deveriam ser educados.	1	2	3	4	5	6	7
	17. Os profissionais de saúde deveriam obter as condições necessárias por parte da instituição para prestar cuidados de saúde adequados.	1	2	3	4	5	6	7
E M P A T I A	18. Não seria de esperar que os profissionais de saúde prestassem cuidados individualizados.	1	2	3	4	5	6	7
	19. Não se pode esperar que os profissionais de saúde prestem cuidados de saúde personalizados.	1	2	3	4	5	6	7
	20. É descabido que os profissionais de saúde conheçam as necessidades das utentes.	1	2	3	4	5	6	7
	21. É descabido que esta instituição hospitalar tenha como objetivo responder aos interesses das utentes.	1	2	3	4	5	6	7
	22. O horário de funcionamento não deveria de ser conveniente para todas as utentes.	1	2	3	4	5	6	7

2. O conjunto de afirmações que se seguem diz respeito à sua **percepção** sobre a sala de partos e os cuidados de saúde prestados no parto. Classifique cada uma das afirmações com base numa escala de (1) a (7), sendo que (7) traduz completamente o que sentiu na sua experiência de parto, enquanto que (1) corresponde à completa inexistência dessa característica na sua vivência.

A SALA DE PARTOS E OS CUIDADOS DE SAÚDE PRESTADOS FORAM...		1	2	3	4	5	6	7
A S P E T O S T A N G Í V E I S	1.A sala de partos apresenta equipamentos modernos.	1	2	3	4	5	6	7
	2.As instalações físicas são visualmente atrativas.	1	2	3	4	5	6	7
	3.Os profissionais de saúde estavam bem fardados, identificados e limpos.	1	2	3	4	5	6	7
	4. A aparência das instalações da instituição de saúde está conservada de acordo com o serviço oferecido.	1	2	3	4	5	6	7
F I A B I L I D A D E	5. Quando a instituição assume prestar cuidados em determinado <i>timing</i> , fá-lo.	1	2	3	4	5	6	7
	6. Quando as utentes têm algum problema com esta instituição, ela é solidária e deixa a utente segura.	1	2	3	4	5	6	7
	7. A sala de partos e os cuidados prestados são de confiança.	1	2	3	4	5	6	7
	8 Os cuidados de saúde são prestados de acordo com o tempo previsto.	1	2	3	4	5	6	7
	9. Os profissionais de saúde realizam os registos de forma correta.	1	2	3	4	5	6	7
C R E S P A C D O I E S D A D E	10.Os profissionais de saúde não informam exatamente quando os cuidados serão prestados.	1	2	3	4	5	6	7
	11. Não se recebe cuidados imediatos por parte dos profissionais de saúde.	1	2	3	4	5	6	7
	12. Os profissionais de saúde não estão sempre disponíveis para a prestação de cuidados.	1	2	3	4	5	6	7
	13. Os profissionais estão sempre muito ocupados.	1	2	3	4	5	6	7
S E G U R A N Ç A	14. As utentes podem acreditar nos profissionais de saúde.	1	2	3	4	5	6	7
	15. As utentes sentem-se seguras para intervir ativamente na decisão dos cuidados de saúde.	1	2	3	4	5	6	7
	16. Os profissionais de saúde são educados.	1	2	3	4	5	6	7
	17. Os profissionais de saúde não obtêm as condições necessárias por parte da instituição para prestar cuidados de saúde adequados.	1	2	3	4	5	6	7
E M P A T I A	18. Os profissionais de saúde não prestam cuidados individualizados.	1	2	3	4	5	6	7
	19. Os profissionais de saúde não prestam cuidados de saúde personalizados.	1	2	3	4	5	6	7
	20. Os profissionais de saúde não conhecem as necessidades das utentes.	1	2	3	4	5	6	7
	21. A instituição hospitalar não tem como objetivo responder aos interesses das utentes.	1	2	3	4	5	6	7
	22. O horário de funcionamento não é conveniente para todas as utentes.	1	2	3	4	5	6	7

3. Os itens a seguir apresentados englobam as cinco características que dizem respeito às instituições hospitalares com valência de prestação de cuidados no parto. Assim pretende-se conhecer o grau de importância que atribui a cada uma destas características quando avalia a instituição em causa. Por favor, você tem 100 pontos para distribuir entre as cinco características de acordo com a importância que você lhe atribui. Por favor, assegure-se de que a soma dos pontos dados a cada uma das características totaliza 100 pontos. Assim sendo, que grau de importância atribui nesta instituição quanto:

1. à aparência das instalações, equipamentos, pessoal e material de comunicação?	_____pontos
2. à capacidade em prestar o serviço prometido de forma precisa é confiável?	_____pontos
3. à disposição para ajudar as utentes e prestar cuidados com disponibilidade?	_____pontos
4. ao conhecimento e à cortesia dos empregados e à sua habilidade em transmitir confiança e confiabilidade ?	_____pontos
5. ao cuidado e à atenção individualizados proporcionados às utentes?	_____pontos
Total de pontos	100 Pontos

3.1. Qual das características acima é a mais importante para si? _____(Responda de 1 a 5)

3.2. Qual é a segunda mais importante para si? _____(Responda de 1 a 5)

3.3. Qual das características acima é a menos importante para si? _____(Responda de 1 a 5)

4. Responda com (sim) ou (não) às seguintes questões, de acordo com a sua avaliação dos cuidados de saúde prestados na sala de partos.

4.1. Estes foram de encontro as suas expectativas? _____

4.2. Voltaria a recorrer a este serviço? _____

5. Descreva os aspetos positivos dos cuidados de saúde a que foi submetida enquanto esteve em trabalho de parto.

6. Descreva os aspetos negativos dos cuidados de saúde a que foi submetida enquanto esteve em trabalho de parto.
