



Sofia Isabel Vargas Cabrita Rodrigues

CUIDADOS PRÉ-NATAIS A CENTRALIDADE NA GRÁVIDA

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra sob orientação do Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira e da Dra. Sofia Franco

Setembro de 2017



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Sofia Isabel Vargas Cabrita Rodrigues

CUIDADOS PRÉ-NATAIS A CENTRALIDADE NA GRÁVIDA

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do
grau de Mestre

Orientadores: Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira e Dra. Sofia Franco

Coimbra, 2017

Aos meus pais, pelo apoio incondicional.
Ao meu marido, pelo carinho e muita paciência com que me acompanhou neste percurso.
À Carolina e ao Francisco, por me lembrarem da leveza que a Vida deve ter.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, pela competência científica, pelo constante apoio e preciosos ensinamentos com que me orientou em todo este percurso.

À Dra. Sofia Franco, uma dinamizadora por natureza, por toda a amizade, disponibilidade e permanente entusiasmo.

À Enfermeira Ana Gomes, companheira neste percurso, pela ajuda constante e boa disposição com que iluminou estes dois anos.

Ao CEISUC, na pessoa do Professor Pedro Lopes Ferreira, pela estreita colaboração na realização do estudo.

A todos os colegas que, gentilmente, colaboraram na aplicação dos questionários, com especial destaque para as Dras. Filipa Sousa e Dora Antunes.

A todas as grávidas e puérperas, sem a opinião das quais seria impossível a concretização deste trabalho.

A todos os amigos, que apesar de frequentemente se terem visto privados da minha companhia, foram um apoio constante nesta caminhada.

Obrigada.

*We can complain because rose bushes have thorns,
or rejoice because thorn bushes have roses.*

Alphonse Karr

RESUMO

Enquadramento: Numa instituição de saúde, a melhoria da qualidade dos serviços prestados deverá ser parte integrante dos objetivos de todos os seus profissionais. Embora os cuidados de saúde na área da obstetrícia sejam frequentemente avaliados à luz de múltiplos indicadores clássicos, a perceção, por parte das utilizadoras, da qualidade dos cuidados que lhes são prestados tem vindo a ser progressivamente mais valorizada. Neste sentido, o desenvolvimento de instrumentos que permitam avaliar esta dimensão da qualidade é fundamental.

Objetivo: O estudo atual teve como objetivos principais a validação do questionário Quality of Prenatal Care Questionnaire (QPCQ) para a população portuguesa e a determinação das suas características psicométricas.

Metodologia: Após um processo de adaptação cultural, o instrumento, com 46 itens distribuídos por seis subescalas (partilha de informação; orientação futura; disponibilidade de tempo; abordagem; disponibilidade; apoio e respeito), foi aplicado a 264 mulheres, grávidas com idade gestacional igual ou superior a 36 semanas e puérperas, em consulta ou internamento no Serviço de Obstetrícia A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Resultados: A análise psicométrica do instrumento revelou um bom desempenho global. A análise da fiabilidade revelou um alfa de Cronbach de 0,96 para o QPCQ total e de 0,74 a 0,93 para as várias dimensões. A reaplicação do questionário a 30 mulheres permitiu encontrar um coeficiente de correlação intraclasse de 0,91, com boa correlação para todas as subescalas. A abordagem por testes de hipóteses permitiu aferir a validade de construção. Para a validade de critério foram utilizadas questões das, já validadas, dimensões do Europep. A comparação dos resultados revelou que as mulheres mais satisfeitas apresentaram uma mais elevada perceção de qualidade, significativo para todas as dimensões e para o total do instrumento.

Conclusões: Com este estudo foi possível demonstrar que a versão portuguesa do QPCQ apresenta boas características psicométricas, sendo uma escala fiável e válida para avaliar a perceção da qualidade dos cuidados pré-natais. A sua aplicação em futuras investigações poderá contribuir para a melhoria dos cuidados prestados.

Palavras-Chave: Cuidados pré-natais; qualidade em cuidados de saúde; questionário.

ABSTRACT

Introduction: An improvement in the quality of the services provided should be one of the main goals of every healthcare provider. Although healthcare in obstetrics is often evaluated in the light of multiple classic indicators, women perception of the quality of care provided to them has been progressively more valued. Focusing on this target, the development of instruments to assess this dimension of quality is crucial.

Objectives: The purposes of the current study were the validation of the Quality of Prenatal Care Questionnaire (QPCQ) for the Portuguese population and the establishment of its psychometric characteristics.

Methods: After a cultural adaptation process, the instrument, with 46 items distributed in 6 subscales (information sharing; anticipatory guidance; sufficient time; approachability; availability; support and respect), was applied to 264 women (pregnant women with gestational age equal to, or greater than 36 weeks, and women who have recently given birth) in one of their prenatal care visits or during their hospital stay at the Obstetrics Service A of the Coimbra Hospital and University Centre.

Results: The portuguese version of QPCQ demonstrated good psychometric properties. The instrument had acceptable internal consistency, with a Cronbach's alpha of 0,96 for the overall QPCQ and 0,74 to 0,93 for the subscales. A good reliability was evident from test-retest applied to 30 women, with intraclass correlation coefficient of 0,91 for the overall QPCQ.

Hypothesis testing supported construct validity. For criterion-related validity, questions from the already validated Europep were used. There was a significant positive association between women's rating of quality of prenatal care and their satisfaction, for overall QPCQ and all subscales.

Conclusions: The results showed that the Portuguese version of the QPCQ has good psychometric characteristics, being a reliable and valid scale to evaluate the perception of the prenatal care quality. Its application in future investigations can contribute to the improvement of the provided care.

Keywords: Prenatal healthcare; health care quality; questionnaire.

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

AUC - Arquivo da Universidade de Coimbra

CEISUC - Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

CIHI - Canadian Institute for Health Information

CNSMI - Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil

CTP - Content and Timing of care in Pregnancy

DGS - Direção Geral de Saúde

dp - desvio padrão

DQS - Departamento da Qualidade na Saúde

Europep - European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care

ICC - Coeficiente de correlação intraclasse

IEFP - Instituto do Emprego e Formação Profissional

INE - Instituto Nacional de Estatística

IOM - Institute of Medicine

IQS - Instituto da Qualidade em Saúde

ISPOR - International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research

MDM - Maternidade Daniel de Matos

NHS - National Health Service

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCQ - Pregnancy and Childbirth Questionnaire

PESPC - Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care

PIPC - Prenatal Interpersonal Processes of Care

PNS - Plano Nacional de Saúde

PSS - Patient Satisfaction Scale

PreMaPEQ - Pregnancy and Maternity Care Patients Experiences Questionnaire

QPCQ - Quality of Prenatal Care Questionnaire

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UN - United Nations

WONCA - World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (World Organization of Family Doctors)

LISTA DE QUADROS, TABELAS E GRÁFICOS

Quadro 1. Hipóteses testadas	37
Tabela 1. Variáveis sociodemográficas e clínicas	38
Tabela 2. Desenho do QPCQ	40
Tabela 3. Caracterização sociodemográfica da amostra	50
Tabela 4. Caracterização clínica da amostra	53
Tabela 5. Motivos que justificam o risco atribuído à gravidez	54
Tabela 6. Perceção da Qualidade dos Cuidados Pré-Natais (itens do QPCQ)	55
Tabela 7. Perceção da Qualidade dos Cuidados Pré-Natais (dimensões do QPCQ)	58
Gráfico 1. Avaliação da satisfação com as várias áreas dos cuidados (scores médios)	59
Tabela 8. Atitudes geradas pela perceção da qualidade dos cuidados prestados	60
Tabela 9. Fiabilidade da versão portuguesa do QPCQ	62
Tabela 10. Correlação item-subescala e subescala-QPCQ total	63
Tabela 11. Comparação da perceção da qualidade dos cuidados consoante a idade	65
Tabela 12. Comparação da perceção da qualidade dos cuidados consoante a situação familiar	66
Tabela 13. Comparação da perceção da qualidade dos cuidados consoante a situação profissional	67
Tabela 14. Comparação da perceção da qualidade dos cuidados consoante o grau de ensino	68
Tabela 15. Comparação da perceção da qualidade dos cuidados consoante a paridade	69
Tabela 16. Comparação da perceção da qualidade dos cuidados consoante o risco da gravidez	70
Tabela 17. Comparação da perceção da qualidade dos cuidados consoante o local de vigilância da gravidez	71
Tabela 18. Relação da perceção da qualidade dos cuidados com o grau de satisfação	72

Tabela 19. Relação da percepção da qualidade dos cuidados com atitudes – “Recomendaria”	73
Tabela 20. Relação da percepção da qualidade dos cuidados com atitudes – “Voltaria”	74
Tabela 21. QPCQ: Scores médios das versões portuguesa, canadiana, australiana e francesa	77
Tabela 22. Fiabilidade das versões portuguesa, canadiana, australiana e francesa	79

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	7
1. QUALIDADE EM SAÚDE.....	9
2. SATISFAÇÃO EM SAÚDE.....	14
3. CUIDADOS PRÉ-NATAIS.....	18
3.1 A evolução dos cuidados pré-natais.....	18
3.2 A avaliação da qualidade dos cuidados pré-natais - A importância da centralidade na grávida.....	24
PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.....	33
1. METODOLOGIA.....	35
1.1 Tipo de estudo.....	35
1.2 População e amostra.....	35
1.3 Objetivos e hipóteses propostas.....	36
1.3.1 Objetivos.....	36
1.3.2 Hipóteses propostas.....	37
1.4 Instrumento de medida.....	38
1.4.1 Adaptação cultural e linguística do QPCQ para português.....	42
1.5 Procedimentos éticos.....	43
1.6 Técnicas de tratamento e análise de dados.....	44
1.6.1 Análise psicométrica.....	45
2. RESULTADOS.....	47
2.1 - Adaptação cultural e linguística.....	47
2.2 - Caracterização sociodemográfica da amostra.....	49
2.3 - Caracterização clínica da amostra.....	52
2.4 - Perceção da qualidade dos cuidados pré-natais.....	55
2.5 - Análise psicométrica do questionário QPCQ.....	61
2.5.1 - Fiabilidade.....	61
2.5.2 - Validade.....	64
3. DISCUSSÃO.....	75
CONCLUSÃO.....	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91

ANEXOS.....	107
--------------------	------------

INTRODUÇÃO

Numa instituição de saúde, a melhoria da qualidade dos serviços prestados deverá ser o objetivo principal de todos os seus profissionais. Apesar de ser um conceito complexo e de difícil definição, a qualidade dos cuidados de saúde é passível de ser mensurada, sendo esta análise essencial para identificar áreas prioritárias de intervenção no âmbito de processos de planeamento estratégico.

Atualmente, é consensual que a perceção da qualidade e satisfação do utilizador devam ser indicadores cada vez mais valorizados na tradução da qualidade dos serviços de saúde e que a sua avaliação contribui para uma melhor gestão dos recursos e uma melhoria do desempenho dos vários intervenientes nesta área (Nicolau e Escoval, 2010). Medir a perceção da qualidade e a satisfação dos utilizadores com os cuidados de saúde constitui, também, uma oportunidade para que aqueles participem na construção de um serviço de saúde mais adaptado às suas necessidades e expectativas. Numa perspetiva de cuidados centrados na pessoa, realça-se que são os doentes a ocuparem a melhor posição para determinar a qualidade dos cuidados que lhes são prestados, correlacionando-se com a satisfação e com o sucesso terapêutico (Palmer, 2016).

Embora os cuidados de saúde na área da obstetrícia sejam frequentemente avaliados à luz de múltiplos indicadores clássicos (de que são exemplos a mortalidade materna ou perinatal, a taxa de cesarianas, a taxa de lacerações vaginais de terceiro e quarto graus ou a administração pré-natal de corticosteroides), a perceção, por parte das utentes, da qualidade dos cuidados que lhes são prestados, também tem vindo a ser progressivamente mais valorizada. As políticas de saúde a nível mundial focam, cada vez mais, os fatores que influenciam a satisfação das mulheres, com recomendações fortes e frequentes acerca da necessidade do envolvimento das mesmas nas decisões e no planeamento dos cuidados de saúde (van Teijlingen et al., 2003).

Na extensa área que é a obstetrícia, os cuidados pré-natais são aqueles que, na vigilância regular da gravidez, incluem a deteção, o tratamento e a prevenção de resultados adversos para a mulher grávida, para o feto ou para o recém-nascido, bem como a informação e o esclarecimento de questões e o alívio da sintomatologia associada à gravidez. A avaliação dos cuidados de saúde neste período tão relevante da vida da mulher reveste-se de importância acrescida. Efetivamente, vários estudos demonstram a associação entre uma adequada

vigilância pré-natal e os resultados da gravidez (Global Burden of Disease Study, 2015). Sendo frequente a avaliação quantitativa da vigilância da gravidez (por exemplo, através do número de consultas ou de ecografias obstétricas), o verdadeiro conteúdo dos cuidados pré-natais é raramente analisado, não só no que diz respeito a exames e intervenções médicas realizadas, mas também acerca da promoção do estilo de vida, da informação sobre fatores de risco e até da qualidade da relação entre a mulher e os profissionais de saúde (Bollini e Quack-Lotscher, 2013). Neste sentido, o desenvolvimento de instrumentos que permitam avaliar estas dimensões da qualidade é fundamental.

Tanto quanto os autores têm conhecimento, não existe em Portugal qualquer instrumento que permita avaliar a perceção da qualidade dos cuidados pré-natais. Com o objetivo de colmatar esta lacuna, sublinhando a centralidade do utilizador no sistema de saúde, propusemo-nos a adaptar, para português, um instrumento que permitisse conhecer a opinião das utilizadoras de cuidados de saúde pré-natais. Dos diferentes inquéritos encontrados na literatura, o Quality of Prenatal Care Questionnaire destaca-se, na área específica da avaliação dos cuidados pré-natais, como um bom instrumento de avaliação. O questionário foi desenvolvido e testado no Canadá (Heaman et al., 2014), estando já disponível em 3 versões validadas. Os resultados encorajadores encontrados, quer na versão original quer nas restantes versões, justificam a escolha na adaptação deste questionário para a população portuguesa. Este questionário, ao permitir a avaliação da qualidade dos cuidados pré-natais, poderá ser utilizado, secundariamente, para comparar a qualidade dos cuidados pré-natais entre regiões, populações ou formas distintas de vigilância obstétrica, para além de possibilitar a investigação de associações entre a qualidade destes cuidados e vários resultados materno-fetais. Esta avaliação da qualidade deverá ser, em última análise, um caminho para a melhoria dos cuidados prestados às grávidas.

Face ao exposto, o objetivo central desta dissertação foi adaptar cultural e linguisticamente o questionário Quality of Prenatal Care Questionnaire (QPCQ) para a população portuguesa, com a subsequente validação deste instrumento de medição.

Após delinear o objetivo central, surgiram objetivos secundários:

- Determinar a perceção global das mulheres acerca da qualidade dos seus cuidados pré-natais.

- Determinar quais as dimensões que mais contribuem para a insatisfação das utilizadoras.

- Determinar a influência de fatores sociodemográficos na avaliação da qualidade dos cuidados pré-natais.

- Determinar a influência de fatores obstétricos na avaliação da qualidade dos cuidados pré-natais.

- Tirar conclusões que permitam melhorar a qualidade dos cuidados pré-natais prestados.

Para o desenvolvimento deste trabalho, realizámos um estudo de natureza exploratório-descritiva, de carácter quantitativo, tratando-se de uma investigação transversal, analítica e correlacional. Na execução deste projeto foram aplicados questionários a uma amostra de 264 grávidas e puérperas da Maternidade Daniel de Matos (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra).

Com base na problemática desta investigação, a presente dissertação encontra-se estruturada em dois grandes blocos, distintos no seu conteúdo, mas complementares no que são os objetivos da mesma.

O primeiro destes blocos apresenta um enquadramento teórico dos temas em estudo, abordando as temáticas da qualidade dos cuidados de saúde e da satisfação dos utilizadores, bem como dos cuidados pré-natais.

Na segunda parte, referente à investigação empírica, é descrita a metodologia utilizada e apresentados e discutidos os dados que conduziram à adaptação e validação da versão portuguesa do QPCQ. São ainda apresentadas as conclusões e enumeradas recomendações oportunas e potenciais limitações, fruto da reflexão acerca dos resultados do nosso estudo.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. QUALIDADE EM SAÚDE

A qualidade é uma característica essencial dos serviços. Esta distingue-se da qualidade dos produtos pela sua subjetividade, envolvendo em grande parte, aspetos que integram as relações interpessoais. A evolução da qualidade em saúde vem espelhando o desenvolvimento da qualidade noutros sectores da sociedade, utilizando, com algumas especificidades, os conceitos desenvolvidos para a indústria por autores como Deming, Juran ou Ishikawa (Alto Comissariado da Saúde, 2010).

Nos últimos anos tem havido um interesse crescente na melhoria da qualidade dos serviços de saúde, com o claro objetivo da influência no estado de saúde das populações (APA, 2009) sendo, também em Portugal, um tópico relativamente recente nas áreas de gestão em saúde, investigação e prática clínica (Carneiro, 2010). Este tema bastante atual, com particular e crescente interesse nas agendas e políticas de muitos países, contribui para o desenvolvimento de novas orientações políticas, a enfatizarem a exigência de responsabilidade perante a sociedade (accountability), a gestão do risco e segurança, as estratégias de melhoria da qualidade e a avaliação do grau de satisfação dos utilizadores e dos resultados obtidos. No nosso país, são agora frequentes os relatórios públicos com avaliações da satisfação dos utilizadores, bem como relatórios sobre qualidade em saúde e iniciativas para a sua promoção (Silva et al., 2013).

Apesar da relevância da qualidade nos serviços de saúde, já que é um objetivo em si mesmo, o estabelecimento de níveis e padrões de qualidade revela-se dificultado pelo grau de complexidade e heterogeneidade dos próprios serviços de saúde. Efetivamente, apesar da preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde atravessar toda a história da Medicina (de que são exemplos Hipócrates ou Florence Nightingale), ainda não existe um conceito claro de qualidade em saúde na literatura. A revisão sistemática de McGowan vai nesse sentido, ao concluir que apesar da grande quantidade de estudos sobre qualidade em saúde, publicados entre 2000 e 2010, existe uma escassez de suporte teórico para a maioria das intervenções envolvidas no processo de melhoria da qualidade dos cuidados (McGowan et al., 2011). Na base desta dificuldade estarão vários fatores que incluem o próprio conceito de saúde, a variedade de atores que

operam nesta área, as múltiplas abordagens e metodologias utilizadas na análise da qualidade, a especificidade das intervenções em saúde, não esquecendo as dimensões inerentes à própria concepção de qualidade (Serapioni, 2009).

Sendo escassos até então, é na década de sessenta que a visão de Donabedian introduz uma marca indelével nos estudos sobre qualidade em saúde. Dos seus primeiros trabalhos, sublinha-se o carácter multifacetado da qualidade em saúde, bem patente na sua abordagem tripartida da avaliação da qualidade. A trilogia de Donabedian, ainda hoje reconhecida nesta área, baseia-se em três componentes:

- Estrutura - inclui as características físicas do ambiente de prestação dos cuidados de saúde, as qualificações dos prestadores de cuidados de saúde e do sistema administrativo;

- Processo - corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas entre prestadores de cuidados de saúde e doentes;

- Resultado - designa a alteração do estado de saúde (atual ou futuro) do doente em função da anterior prestação de cuidados.

Na definição do conceito, proposta anos mais tarde, Donabedian associaria qualidade ao

tipo de cuidados que maximiza uma medida, que inclui o bem-estar dos doentes, após se considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas que acompanham o processo de cuidados em todas as suas componentes (Donabedian, 1980:5).

A definição de qualidade em saúde teria como base os seguintes princípios (“sete pilares”): *eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.*

Nos últimos meses de vida, Donabedian sublinhou a importância dos esforços associados à melhoria dos componentes *estrutura, processo e resultado* dos cuidados de saúde estarem intimamente ligados à preocupação genuína acerca das necessidades dos doentes, sendo que

os cuidados de saúde são uma missão sagrada... uma organização moral e uma organização científica, mas não uma organização comercial. Nós não estamos a vender um produto. Nós não temos um consumidor que entende tudo e faz escolhas racionais – e incluo-me a mim. Médicos e enfermeiros são administradores de algo precioso [...]. Em última análise, o segredo da qualidade é o amor. É necessário amar o seu doente, amar a sua profissão, amar o seu Deus. Se houver amor, é possível

trabalhar na monitorização e melhoria do sistema (Ayanian e Markel, 2016: 206-207).¹

Outra das mais conhecidas e consensuais definições de qualidade em saúde foi produzida pelo Institute of Medicine dos Estados Unidos da América e refere que o conceito traduz o grau em que os serviços de saúde para os indivíduos e populações aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde esperados, de acordo com o conhecimento profissional corrente (IOM, 1999). Para este Instituto, e tendo como base os sete pilares de qualidade delineados por Donabedian, uma elevada qualidade em cuidados de saúde deverá assentar em seis dimensões (o acrónimo globalmente aceite como STEEP: Safety, Timeless, Effectiveness, Efficiency, Equity e Patient centered): segurança, oportunidade dos cuidados, efetividade, eficiência, equidade e centralidade no doente (IOM, 2001).

Em Portugal, apesar da referência incontornável que é a criação do Serviço Nacional de Saúde em 1979, pode afirmar-se que foi o ano de 1983 que marcou o início da história da qualidade em saúde, através da constituição de uma lista de indicadores de qualidade dirigida aos Centros de Saúde. Seguiu-se a criação de comissões de qualidade a nível hospitalar a que se associou um grande investimento em formação na área, com desenvolvimento de programas de qualidade (Machado, 2007). A relevância da qualidade em saúde continua espelhada na política nacional para esta área, sendo frequente a inclusão de objetivos de qualidade nos contratos-programa entre a tutela e as administrações dos hospitais e agrupamentos de centros de saúde.

Ao Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), criado em 1999, competiu, durante alguns anos, o desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos para a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de saúde. Atualmente, após a extinção do IQS (2006), cabe à DGS, no âmbito do entretanto criado Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), a apresentação regular de estratégias que visem assegurar que as funções de governação, coordenação e

¹ Tradução livre da autora. No original “Health care is a sacred mission . . . a moral enterprise and a scientific enterprise but not fundamentally a commercial one. We are not selling a product. We don’t have a consumer who understands everything and makes rational choices — and I include myself here... Ultimately the secret of quality is love. You have to love your patient, you have to love your profession, you have to love your God. If you have love, you can then work backward to monitor and improve the system” (Ayanian e Markel, 2016: 206-207).

ação local, centradas no doente, respeitam as dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão (Pisco e Biscaia, 2001). Com a principal missão de potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 estimula o reforço das seguintes ações:

- Melhoria da qualidade clínica e organizacional;
- Aumento da adesão a normas de orientação clínica;
- Reforço da segurança dos doentes;
- Monitorização permanente da qualidade e segurança;
- Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde;
- Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.

Também no Plano Nacional de Saúde, em linha com as recomendações da Organização Mundial de Saúde - Euro, é contemplada a melhoria da qualidade em saúde como medida prioritária. A formulação adotada por este documento define qualidade em saúde como

a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes. Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível (PNS, 2015: 16).

Como resultado do crescente interesse na área da avaliação da qualidade em saúde, instrumentos de avaliação da qualidade têm sido concebidos e utilizados sob a ótica dos profissionais de saúde, dos gestores/administradores e dos utilizadores. Embora se reconheça a importância de envolver todos os participantes, é a análise das expectativas e perceções dos utilizadores que mais correntemente permite tirar conclusões acerca da qualidade dos serviços de saúde. Efetivamente, o envolvimento dos cidadãos no processo de produção de cuidados de saúde constitui uma mais-valia com vantagens amplamente descritas na literatura que englobam, entre outras, o aumento da aceitabilidade das decisões, a melhoria da comunicação, a valorização da responsabilidade e autonomia do utente e a contribuição para a definição de prioridades e políticas de saúde (Serapioni, 2013).

O levantamento da opinião dos utilizadores, como o que se encontra em análise neste trabalho, insere-se numa estratégia de consulta pública, com o objetivo de conhecer as preferências, a perceção da qualidade ou o grau de

satisfação dos seus utilizadores, identificando áreas passíveis de melhoria (Beattie et al., 2015).

Apesar de apresentarem significados distintos, o conceito de perceção da qualidade tem evoluído no sentido da satisfação dos indivíduos e/ou populações, encontrando-se estes dois conceitos fortemente interligados.

2. SATISFAÇÃO EM SAÚDE

Apesar da satisfação dos utilizadores ter uma relevância crescente nas reformas dos cuidados de saúde por todo o mundo, o conceito está longe de ter uma definição universalmente aceite. Algumas definições referidas na literatura demonstram o seu carácter subjetivo. Para Linder-Pelz (1982), a satisfação é uma postura individual, resultado de uma avaliação positiva de diversas dimensões de cuidados de saúde. Já para John (1992), a satisfação deverá corresponder a uma reação emocional dada em consonância com a avaliação que o utente faz da prestação dos cuidados de saúde a que foi sujeito. Hespanhol (2008) considera a satisfação uma atitude, uma emoção ou um sentimento que pode ser verbalizado e medido através duma opinião.

Comum a estas definições parece ser o facto de a satisfação do utilizador resultar da diferença entre as expectativas em relação aos cuidados e a sua perceção dos cuidados realmente recebidos, traduzindo aspetos do que a psicologia social apelida de teoria da discrepância (Pereira, 2001). Constituindo as expectativas um dos fatores que determinam a satisfação com os serviços de saúde, é importante ter presente que aquelas podem ser baixas, resultantes de uma reduzida noção de direitos de cidadania perante um serviço de saúde ou, pelo contrário, de uma noção de propriedade do sistema (P. L. Ferreira et al., 2006).

A natureza pluridimensional da satisfação é bem evidenciada pelo grande número de variáveis que, nos vários estudos, a influenciam. Os estudos de Cleary e McNeil (1988) propõem as seguintes dimensões da satisfação:

- Características sociodemográficas (exemplos: idade, estado civil, género, educação, ocupação e rendimento);
- Estado físico (estado de saúde anterior) e psicológico (estado psicológico associado à gravidade da doença);
- Estrutura (inclui as condições físicas e a estrutura organizacional do serviço, bem como as características dos prestadores);
- Acessibilidade e continuidade de cuidados (exemplos: distância, tempo necessário para marcação de consulta, horários praticados, e a continuidade de

cuidados respeitante à mesma organização, localização ou prestador de cuidados de saúde);

- Processo (competência e qualificações técnicas e interpessoais dos prestadores);

- Resultados (exemplo: melhoria do estado de saúde);

- Expectativa acerca dos cuidados de saúde (varia com a personalidade do utilizador, as suas experiências anteriores, os seus valores e com a própria natureza e evolução da doença).

Westaway (2003), tendo como base a visão tripartida de Donabedian, distingue como dimensões da satisfação:

- Características do serviço (equidade, disponibilidade, tempo de espera, condições hoteleiras, limpeza, privacidade, custo do atendimento e tempo necessário para marcação de consulta);

- Características dos prestadores (recetividade, simpatia, empatia, apoio, respeito, consideração, expectativas, competência, informação e comunicação).

Uma das classificações mais frequentemente aceites foi proposta por Ware *et al.* (1983) e nomeia oito dimensões da satisfação:

- Aspectos interpessoais (exemplo: respeito, preocupação, cortesia);

- Qualidade técnica do cuidado (competência);

- Acessibilidade/conveniência (exemplo: facilidade de acesso, tempo de espera);

- Aspectos financeiros (preço dos cuidados);

- Eficácia/resultados dos cuidados prestados (exemplo: melhoria do estado de saúde);

- Continuidade dos cuidados (exemplo: localização e prestadores);

- Ambiente físico (exemplo: limpeza);

- Disponibilidade (prestadores/recursos humanos).

Independentemente do carácter multidimensional da satisfação, este “reflexo” da qualidade é hoje considerado um objetivo fundamental dos serviços de saúde, sendo cada vez mais valorizado na avaliação dos mesmos. Será então fundamental ouvir os cidadãos, saber o que sentem e o que pensam, o que preferem e porquê, valorizando os seus pontos de vista, perceções e escolhas (Sakellarides, 2003).

A importância da satisfação dos utentes tem sido amplamente demonstrada na literatura (Bleich et al., 2009). Utilizadores satisfeitos completam mais frequentemente regimes terapêuticos prescritos, são mais cooperantes e mais sensíveis à necessidade da continuidade dos cuidados, com um papel fundamental no estado geral de saúde das populações. Vários estudos de análise de satisfação com os cuidados de saúde identificaram formas de melhorar o estado de saúde, de reduzir custos e de implementar reformas adequadas, com a auscultação dos cidadãos a traduzir um envolvimento muito representativo na concretização de medidas positivas nos sistemas de saúde (Blendon et al., 2003).

Não obstante existirem opiniões diversas acerca da validade da informação fornecida pelos utilizadores, não foi encontrada, até hoje, forma mais adequada de aferir a sua satisfação do que interrogá-los acerca das suas expectativas e experiências com os cuidados de saúde.

Nos múltiplos estudos disponíveis sobre satisfação dos utilizadores de cuidados de saúde são utilizadas diferentes metodologias e incluídos diferentes instrumentos, com vários tipos de questionários e escalas, o que dificulta a comparação dos resultados. A maioria dos estudos utiliza métodos quantitativos através da aplicação de questionários com questões fechadas associadas a uma escala de valores que, por se associarem a técnicas mais simples, permitem uma amostra mais representativa. Os métodos qualitativos, mais indicados para grupos de acesso difícil (ex. idosos), são menos utilizados. Alguns autores preconizam a combinação dos dois métodos sendo que a sua complementaridade permite captar a amplitude do fenómeno e simultaneamente aprofundar a complexidade do mesmo (Esperidião, 2006; Serapioni, 2009).

Tendo em conta que a satisfação é influenciada por múltiplos fatores e fortemente baseada nas expectativas dos utilizadores, vários autores criticam a utilização da satisfação nos estudos de avaliação da qualidade (Esperidião et al., 2006). Bleich, Ozaltin e Murray (2009) concluíram que, embora seja um determinante do grau de satisfação, a experiência do utilizador apenas explica 10% da variação do fenómeno. Outros fatores com maior influência no grau de satisfação incluíram as expectativas (fortemente associadas à idade e literacia), o estado de saúde auto-reportado e a personalidade. A nível nacional, embora exclusivamente no âmbito do internamento hospitalar (Pedro et al., 2010), também foram identificados múltiplos determinantes da satisfação não

relacionados com a qualidade do serviço prestado (ex. género, literacia, experiência anterior e perceção do estado de saúde atual). O mesmo estudo sublinha o forte impacto da qualidade percebida na satisfação mas, curiosamente, o fraco impacto da satisfação nas atitudes (intenções e recomendações).

Para além dos múltiplos fatores que parecem influenciar a satisfação dos utilizadores, é frequentemente reportada uma tendência para sobrestimar a mesma com base num viés de gratidão (Beattie et al., 2015).

Pelo facto de a satisfação não refletir unicamente a qualidade dos cuidados e, principalmente no que diz respeito aos cuidados pré-natais, tender a sobrestimá-la, é comum procurar que a avaliação de qualidade de cuidados em saúde foque a medição da experiência, em detrimento da satisfação.

3. CUIDADOS PRÉ-NATAIS

3.1 A EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS PRÉ-NATAIS

Os cuidados pré-natais são aqueles prestados durante o período compreendido entre a concepção e o momento do parto. Incluem a detecção, o tratamento e a prevenção de resultados maternos, fetais ou neonatais desfavoráveis, bem como intervenções dirigidas ao stress psicossocial e comportamentos de risco (Sword et al., 2012). Para a OMS, esta abordagem deverá envolver uma estruturação dos cuidados de forma a responder a três grandes pilares da assistência neste período (Di Mario et al., 2005):

- 1) Prevenir, identificar e corrigir as situações maternas e/ou fetais que afetem negativamente a gravidez (intercorrências clínicas e fatores socioeconómicos e emocionais);
- 2) No âmbito da educação para a saúde, instruir a mulher acerca da gravidez, trabalho de parto, parto e amamentação;
- 3) Incentivar o suporte psicológico adequado por parte do companheiro e família, proporcionando uma melhor adaptação à gravidez e aos desafios da maternidade.

No sentido de garantir uma assistência integral às mulheres, a reorganização dos serviços de saúde tem tentado reforçar o modelo curativo com uma importante ação na área da prevenção e promoção da saúde.

Embora a grande abrangência atribuída ao espectro de cuidados pré-natais seja muito atual, a história da assistência na gravidez não é recente. Disso é exemplo o papiro de Kahun, de cerca de 1850 a.C. (que se supõe ser a cópia de um texto ainda mais antigo), que contém dezassete prescrições e orientações sobre gravidez e fertilidade (Smith, 2011). Apesar desta e de outras escassas referências históricas, durante vários séculos o tema gravidez, parto e puerpério foram considerados assuntos do foro doméstico. Nesse sentido, a vivência e orientação da gestação e do parto foi de domínio exclusivamente feminino, tendo como intervenientes as parteiras, religiosas ou mulheres experientes da família. Os cuidados específicos com a gravidez baseavam-se quase exclusivamente em medidas dietéticas e visavam, prioritariamente, o organismo materno. Destes cuidados são exemplo os textos médicos de Susruta (século VI a.C.), com

recomendações para que as mulheres se mantivessem alegres, evitassem o medo e obedecessem a normas dietéticas especiais (Cruz et al., 2014). Este escasso interesse e investimento na vigilância da gravidez manteve-se durante séculos.

Datam do século XVI algumas referências bibliográficas que refletem o lugar que a área da saúde da mulher começou a ocupar nos textos médicos portugueses. Na história da saúde materna, destaca-se Rodrigo de Castro (1550-1629), médico de relevo junto da família real portuguesa, que terá focado os seus estudos nesta área dada a “miseranda condição da mulher que, além das moléstias comuns, está sujeita às do sexo”. Com este objetivo, escreveu *De Universo mulierum medicina* (Medicina geral das mulheres), livro publicado pela primeira vez em 1603, em Hamburgo, que o consagrou como um dos criadores da saúde da mulher. Na obra destacam-se temas da anatomofisiologia e patologia da saúde feminina, com grande relevo para a hereditariedade, concepção, gravidez e parto (Matos et al., 2003).

Apesar do crescente conhecimento teórico, a “arte de partejar” continuou a ser transmitida, sem qualquer tipo de controlo, de mães para filhas ou de parteiras experientes para principiantes, sendo só do final do século XVI a introdução da regulamentação da atividade “parteira” em Portugal (Carneiro, 1998). No sentido de contornar este tipo de acompanhamento, em 1725, Sebastião de Sousa publica um manual intitulado *Luz de Comadres e Parteiras*, com o claro objetivo de instruir parteiras e cirurgiões. A publicação inclui ensinamentos pouco ortodoxos ou do campo das superstições, mas traduz uma forte vontade de melhorar os cuidados prestados a esta população (Cruz et al., 2014). Foi só em 1836, com a abertura da Escola de Partos para parteiras nas Escolas Médico-Cirúrgicas portuguesas, que passou a ser contemplada formação específica para a obtenção da Carta Profissional e para o exercício da profissão. Às alunas do curso era exigida a frequência da Aula de “Arte Obstetrícia”, do segundo ano de Medicina (AUC).

No final do século XVIII é evidente uma maior preocupação com a população, particularmente com as faixas etárias mais jovens. No sentido de dominar as elevadas taxas de mortalidade perinatal e infantil, surgem várias publicações sobre a maternidade, os cuidados pré-natais e a alimentação de recém-nascidos e crianças (Ferreira, 1947).

A saúde da mulher e da criança adquirem relevo também na área da proteção social. É ao Reino Unido que é atribuído o primeiro movimento oficial concreto para a proteção da operária grávida, proposto por Peel, em 1840 (Rezende, 1962). Em Portugal, a legislação sobre a regularização do trabalho das mulheres e menores foi publicada em abril de 1891, com destaque para o artigo 22 do Diário do Governo que define que “a mulher não será admitida a trabalhar nos estabelecimentos industriais nas primeiras quatro semanas depois do parto” (APHES, 2017). Ainda no sentido de melhorar os resultados obstétricos e perinatais, e com um forte cariz social, é criado em Paris, em 1892, o Centro de Proteção Madame Becquet, que se propõe a acolher grávidas “abandonadas”, constituindo este serviço pioneiro “o primeiro refúgio para mulheres desprovidas de ajuda e proteção”. Neste estabelecimento, destacou-se o obstetra Pinard que, dos seus estudos sobre as anomalias da apresentação fetal, concluiu sobre a necessidade de um exame abdominal sistemático durante a gravidez, constituindo esta, a primeira referência sobre a prática da assistência pré-natal (Cruz et al., 2014). Relevantes são também as obras de John William Ballantyne (1901), que sistematizou o primeiro programa de atendimento às mulheres grávidas, sendo também responsável por múltiplas petições no sentido de aumentar o número de hospitais de apoio à grávida/maternidades (Cecatti et al., 2005).

Um importante marco dos cuidados pré-natais data de 1901, quando o Boston Lying-in-Hospital, nos Estados Unidos da América, introduziu as visitas domiciliárias e os internamentos hospitalares ao longo da gravidez. Foi também no início do século XX que surgiu, na Austrália, a primeira clínica especializada em atendimento pré-natal, sendo as condutas baseadas nas recomendações sistematizadas anteriormente por Ballantyne (Cruz et al., 2014):

- I) Controlo da ansiedade e do medo entre grávidas e puérperas;
- II) Diagnóstico e tratamento precoces de patologias passíveis de agravar o prognóstico materno;
- III) Redução da mortalidade perinatal.

Em todos os países desenvolvidos foram sendo criados, progressivamente, serviços de assistência pré-natal no âmbito de hospitais e maternidades, onde os cuidados se baseavam na prevenção e na terapêutica das complicações da gravidez.

Foi o grande salto científico da segunda metade do século XIX e XX que

permitiu os avanços necessários a uma área já de si considerada relevante. As ciências biomédicas evoluíram a partir do processo de industrialização, com a tecnologia a trazer contribuições importantes para a prática médica e cirúrgica. Os hospitais transformaram-se em centros de diagnóstico, de terapia e de ensino. A área da obstetrícia afirmou-se na formação profissional e institucionalizou-se. A introdução de numerosas práticas, relacionadas particularmente com a propedêutica obstétrica, foram de extrema importância. De todos os avanços tecnológicos que permitiram uma melhor compreensão da fisiopatologia fetal e do ambiente intrauterino, destaca-se a ecografia obstétrica que, a partir da década de 70, veio revolucionar a vigilância da gravidez, com um peso importante na melhoria dos resultados obstétricos e perinatais.

Ao longo do século XX tem sido possível demonstrar que a acessibilidade aos cuidados durante a gravidez, no parto e no pós-parto, assim como o próprio planeamento da gravidez, diminui drasticamente a morbimortalidade materna, fetal e infantil. Especificamente no que respeita aos cuidados pré-natais, a sua qualidade parece constituir um importante determinante dos resultados da gravidez. É considerada por Turan (2006) um dos quatro pilares da chamada “Maternidade Segura” que, com um parto em segurança, as intervenções obstétricas essenciais e o planeamento familiar adequado, contribuem para a redução da mortalidade materna. Dessa constatação resultou a atual estruturação de cuidados de saúde materna, organizada e com recursos físicos e humanos adequados, exercida por profissionais com formação específica (Santana et al., 1999).

No sentido de providenciar uma plataforma fundamental em cuidados de saúde, a OMS propôs a implementação de visitas pré-natais adequadas no seu conteúdo e frequência, bem como práticas baseadas na evidência que, no seu global, resultam numa melhoria dos resultados obstétricos. As 39 recomendações da OMS distribuem-se por cinco áreas de intervenção (OMS, 2016):

- A. Intervenções nutricionais;
- B. Vigilância materna e fetal;
- C. Medidas preventivas;
- D. Intervenções para sintomatologia psicológica comum;
- E. Intervenções ao nível dos sistemas de saúde para melhorar a utilização e qualidade dos cuidados pré-natais.

Estas propostas têm sido integradas nos planos de vigilância obstétrica de vários países, incluindo Portugal. No nosso país, a implementação de um programa nacional de vigilância da gravidez, inserido numa rede de referência materno-infantil, constituiu um marco fundamental para o sucesso conseguido na diminuição da mortalidade materna e infantil. Para este efeito, foi de extrema importância a criação, em 1988, da primeira Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil (CNSMI), constituída por obstetras e pediatras. Do trabalho desta Comissão resultou a criação do Programa Nacional de Saúde Materna e Infantil, com medidas de organização, regionalização e articulação de cuidados que se associaram à facilitação do acesso aos cuidados de saúde (com isenção de taxas moderadoras, nas urgências e consultas, a grávidas e crianças de idade inferior a 12 anos). Porém, o decréscimo dos índices de morbimortalidade materna e infantil não é apenas devido a políticas de saúde, resultando também da melhoria das condições socioeconómicas, das mudanças nos comportamentos individuais, da melhoria das condições no trabalho e, sobretudo, de um maior nível de instrução da população. Os resultados de todas estas medidas colocam Portugal entre os países com melhores indicadores na saúde materno-infantil (DGS, 2015). Globalmente, com medidas mais ou menos eficazes a nível dos vários países, a taxa de mortalidade materna diminuiu aproximadamente 44% nos últimos 25 anos, com um risco de morte devido à gravidez ou ao parto a sofrer um decréscimo de 1:73 para 1:180. (OMS et al., 2015).

Se os benefícios do progresso dos cuidados pré-natais se refletiram grandemente na mortalidade materna e infantil, é também consensual que esta nova era de cuidados se associou à melhoria de outros resultados perinatais secundários. São exemplos destes, a diminuição da incidência de fetos com restrição de crescimento intrauterino, a diminuição da incidência de partos pré-termo e pós-termo, entre outros. Para além dos ganhos associados ao seu desfecho, a gravidez deverá também ser entendida como um período em que os resultados da intervenção, nomeadamente na modificação de comportamentos, se prolongam ao longo da vida da mulher, da criança e de todo o agregado familiar. Da clara associação entre a experiência pré-natal e os efeitos no estado de saúde pós-natal são exemplos a modificação de hábitos alimentares, a modificação de hábitos de exercício físico e a cessação tabágica, bem como uma utilização adequada dos serviços de saúde pediátricos, com uma maior adesão às

orientações prescritas e ao calendário vacinal (Kogan et al., 1998).

A identificação de mecanismos que possam prevenir ou reduzir o impacto de resultados desfavoráveis constitui uma mais-valia a nível individual, familiar, dos sistemas de saúde e para a própria sociedade. Apesar de tudo, vários estudos indicam que o uso e o impacto dos cuidados pré-natais não são transversais aos diferentes grupos socioeconómicos, demográficos, culturais ou de risco médico, sugerindo que estas características (em que se incluem o grau de pobreza, a idade, o estado de saúde prévio e o nível de instrução) podem modificar os resultados dos cuidados pré-natais (Alexander et al., 2001).

3.2 A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS PRÉ-NATAIS – A IMPORTÂNCIA DA CENTRALIDADE NA GRÁVIDA

Nos últimos anos, a qualidade dos serviços de saúde tem estado na agenda de muitos países, incluindo Portugal. A acrescentar ao desenvolvimento de modelos de avaliação da qualidade que incluem essencialmente resultados (ou efeitos) dos cuidados, passam agora a ser consideradas outras medidas muito mais centradas na pessoa, com evidência crescente e reconhecimento na literatura de que os pacientes devem ser envolvidos nos seus cuidados. Nesse sentido, vários documentos têm sido emitidos com propostas de iniciativas com foco no utilizador em áreas tão importantes como a Saúde Mental e a Saúde Pública (de Labrusse et al., 2016). Também no âmbito da obstetrícia e, especificamente, dos cuidados pré-natais, tem sido sugerido que as mulheres devam participar nas decisões e ser envolvidas no planeamento dos serviços associados à maternidade. Duma forma global, pretende-se que os prestadores de cuidados revelem uma postura integradora de cuidados, baseada numa atitude orientada para a pessoa e não para a tarefa. Nesse sentido, com o foco nos cuidados centrados na pessoa, destacam-se os seguintes pontos (de Labrusse et al., 2016):

- Respeito pelos valores, preferências e necessidades dos utilizadores;
- Informação, comunicação e educação;
- Promoção da autonomia;
- Respeito pela privacidade;
- Coordenação, continuidade e integração de cuidados;
- Conforto físico;
- Suporte emocional e alívio da dor e ansiedade;
- Envolvimento da família e amigos.

Especificamente nos cuidados pré-natais, uma abordagem centrada na pessoa tem levado a uma atividade aumentada no sentido de medir a satisfação, preferências e expectativas das mulheres, de que são exemplos os relatórios britânicos *Strengths and weaknesses of midwifery care from the perspective of women* (Janssen et al., 2006) e *Women's experiences of maternity care in the NHS in England* (NHS, 2015), os norte-americanos *Listening to mothers I* (Sakala et al., 2002) e *II* (Declercq et al., 2007) ou o canadiano *Giving birth in Canada*

(CIHI, 2004). Dada a relevância desta área de cuidados, são discutidas várias abordagens no sentido de avaliar a sua eficácia. O processo de quantificação do valor destes cuidados na melhoria dos resultados maternos e neonatais é dificultado pelo grande número de variáveis confundentes. Os índices major utilizados para avaliar a “adequação” dos cuidados pré-natais, embora diferentes, baseiam-se todos no agendamento do início da vigilância, na calendarização do acompanhamento e no número de visitas pré-natais. Grande parte dos estudos e protocolos parecem valorizar a “quantidade” em detrimento da “qualidade”. Nestes estudos, o conteúdo, quando avaliado, limita-se a investigar uma *check-list* de intervenções, numa perspetiva redutora dos resultados da intervenção no período pré-natal. Também a nível nacional, até há poucos anos vigoravam apenas as normas da DGS relativas à calendarização dos exames ecográficos (DGS, 2013a) e analíticos (DGS, 2013b) na vigilância da gravidez de baixo risco. Recentemente, tem sido demonstrado que, sem fornecer um *conteúdo de qualidade*, o número de vezes que a mulher contacta com os serviços de saúde tem uma relevância limitada na saúde materna e infantil (Kearns et al., 2016). Neste sentido, tem vindo a sublinhar-se a relevância daquele componente quando comparado com o componente “*utilização adequada dos cuidados*” (Heaman et al., 2014). Com base nesta evidência, foi publicado em novembro de 2015 o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015), alicerçado em três eixos estratégicos claros:

- Cuidados centrados na pessoa;
- Continuidade de cuidados no ciclo de vida;
- Conceptualização da gravidez como momento de oportunidade.

De acordo com o modelo de Donabedian, também na qualidade dos cuidados pré-natais podemos falar em elementos *estruturais* quando referimos o acesso (disponibilidade, acesso geográfico, facilidade de marcação de consultas, horário de atendimento e facilidade de atendimento telefónico), o tempo de espera, as condições físicas das instalações (limpeza, privacidade, etc.) e as características dos profissionais de saúde (conhecimentos científicos e eficiência). A avaliação dos componentes do *processo* deverá incluir os cuidados clínicos/técnicos (rastreamento, monitorização, promoção de saúde, ensino, decisão partilhada, continuidade de cuidados, adesão a orientações clínicas e cuidados centrados na mulher) e os cuidados interpessoais (escutar com atenção, saber

comunicar, adequar o tempo de duração da consulta, mostrar respeito, apresentar um estilo interpessoal afável e sensibilidade cultural, etc.) (Phillippi, 2009; Heaman, 2014; Sword, 2015; Srivastava, 2015). Para além dos determinantes que dizem respeito à organização dos cuidados, também existem fatores externos que influenciam a avaliação da qualidade dos serviços. Na sua revisão da literatura, Srivastava (2015) descreve fatores maternos como a idade, a literacia e a multiparidade que tendem a aumentar o grau de satisfação da mulher. O papel de cada um destes elementos é fundamental no reconhecimento da existência de barreiras e facilitadores/motivadores ao uso dos cuidados pré-natais (Heaman et al., 2015).

Após concluírem que o conteúdo das visitas pré-natais se relacionava fortemente com os resultados maternos e perinatais, os dois investigadores conceituados na área da obstetrícia, Alexander e Kotelchuck (2001), delinearam uma abordagem que enumera os seguintes fatores como fundamentais na qualidade dos cuidados:

- Número e calendarização das visitas pré-natais;
- Conteúdo das visitas pré-natais;
- Profissional de saúde envolvido na vigilância da gravidez;
- Instalações;
- Qualidade dos serviços prestados.

Do conteúdo das visitas pré-natais, estes dois autores sublinham a importância da educação para a saúde, da triagem adequada na necessidade de referenciação/partilha de cuidados (nutrição, serviços sociais, psicólogo, etc.) e da relação entre a utilizadora e o profissional de saúde.

Na área da avaliação da qualidade em saúde, a aplicação de questionários possibilita conhecer a opinião e preocupações dos utilizadores, permitindo que o prestador de cuidados possa melhorar a qualidade dos serviços prestados. Grande parte da avaliação dos cuidados de saúde pré-natais tem focado o grau de satisfação das mulheres.

A satisfação com a qualidade dos cuidados pode ser definida como o grau em que as expectativas, objetivos ou preferências do utente são atingidas (Debono et al., 2009). Estes pontos, por sua vez, parecem ser influenciados pelo que a mulher “conhece”, pelo que sabe que é possível obter e pela experiência que já teve (van Teijlingen et al., 2003). Genericamente, pode dizer-se que a

satisfação e a insatisfação indicam o julgamento dos doentes acerca dos pontos fortes e fracos, respetivamente, do serviço que lhes presta os cuidados. Na área dos cuidados pré-natais, a literatura internacional aponta a relevância da satisfação com os cuidados de saúde na melhoria de vários resultados encontrados. Esta associação está na base da recomendação da OMS de 2009 no sentido de monitorizar a satisfação das mulheres para que se possa melhorar a qualidade e eficiência dos cuidados de saúde durante a gravidez. Tão relevante é o suporte neste período que, mais recentemente, a OMS (2016) veio considerar que as experiências positivas com os cuidados pré-natais podem constituir a base para uma maternidade saudável.

Para Sitzia e Wood (1997), serão três os objetivos da avaliação da satisfação das utilizadoras:

- 1) Descrever os cuidados de saúde na perspetiva das utentes;
- 2) Avaliar o “processo” dos cuidados, identificando áreas problemáticas e possíveis soluções;
- 3) Avaliar os efeitos dos cuidados.

Estudos prévios de análise da satisfação das utilizadoras com os cuidados durante a gravidez e o parto ilustraram a importância de examinar os aspetos subjetivos e interacionais desde período. Para van Teijlingen (2003), os níveis de satisfação com os cuidados obstétricos serão influenciados por inúmeros fatores:

- Idade das respondentes;
- Experiência obstétrica prévia;
- Continuidade de cuidados;
- Suporte (familiar ou social);
- Qualidade das relações e da comunicação entre a mulher e os profissionais de saúde;
- Participação nas decisões acerca da vigilância/intervenções da gravidez e parto;
- Envolvimento em aulas pré-natais;
- Expectativas relativamente ao parto;
- Duração da estadia no hospital;
- Intervalo entre o parto e o contacto com o recém-nascido.

Na sua análise, também Hildingsson (2007) sugere que a satisfação das mulheres se relaciona com o seu envolvimento nas decisões, as suas expectativas de cuidados, o apoio que recebem, o tipo de informação disponibilizada, a forma de comunicação e a continuidade de cuidados pelos mesmos profissionais de saúde. Em 2013, apesar de demonstrar um elevado grau de satisfação com os cuidados pré-natais de dois grupos de mulheres (suecas e australianas), a mesma autora constatou a escassez de transmissão de informação relevante para a gravidez e o facto da opinião das utilizadoras não ter sido tida em conta (Hildingsson et al., 2013).

Duma forma global, a integração do grau de satisfação na análise da qualidade dos cuidados pré-natais resulta em avaliações extremamente favoráveis, principalmente se medida após o parto. Efetivamente, o *viés de gratidão* já descrito para outros cuidados de saúde é ainda mais vincado nesta área (van Teijlingen et al., 2003). Esta falta de sensibilidade para a avaliação dos cuidados, aliada à dificuldade em distinguir *quantidade* e *qualidade* dos serviços prestados constituem algumas das limitações de inúmeros instrumentos utilizados (Heaman et al., 2014).

Na avaliação dos cuidados pré-natais, valorizando o grau de satisfação, foi desenvolvido em 1998, por Raube, o Prenatal Care Satisfaction Scale, com 22 itens distribuídos por seis dimensões (forma de cuidar; qualidade técnica; condições hoteleiras; acesso; disponibilidade; eficácia).

Omar desenvolveu em 2001 o instrumento PESPC (Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care) que, com os seus 41 itens avalia dois domínios (Omar et al., 2001):

- *Expectativas* (com as subescalas *cuidado integral, seguimento pelo mesmo profissional, personalização dos cuidados e outros serviços*);
- *Satisfação* (com as subescalas *informações prestadas pelo profissional de saúde, cuidado profissional, interesse demonstrado pela equipa e características do sistema*).

Em Portugal, no domínio da satisfação, Sim-Sim e col. testaram a versão portuguesa do PSS (Patient Satisfaction Scale) num grupo de puérperas para avaliação dos cuidados obstétricos (Sim-Sim et al., 2014).

Embora a perceção da qualidade dos cuidados afete a satisfação das mulheres com o serviço prestado, estes são dois conceitos diferentes. Enquanto

que a avaliação da percepção da qualidade deverá envolver o julgamento de várias dimensões específicas ao serviço prestado, a satisfação traduzirá uma resposta emocional a uma experiência específica da mulher (Heaman et al., 2014).

Existe um consenso crescente de que a percepção da qualidade dos cuidados prestados possa ser um determinante da utilização dos serviços, com relevância nos resultados maternos e perinatais (Kambala et al., 2015). Apesar do conceito de percepção de qualidade ser amplamente difundido nos cuidados médicos em geral, só recentemente começou a ser explorado na área da saúde materno-infantil.

Novick (2009) sugere a necessidade da consulta das mulheres no sentido de conhecer a sua experiência. Só desta forma será possível reduzir barreiras nos cuidados, implementar novos modelos a nível institucional, redesenhar práticas de prestação de serviços, com o foco na melhoria da experiência das mulheres e dos resultados maternos e perinatais. A percepção das mulheres acerca dos cuidados que lhes são prestados é fundamental no processo de reincorporação da autonomia da utente na prática em obstetrícia.

Apesar dos estudos realizados na área da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais terem sublinhado a importância dos elementos estruturais nesta área, são os elementos do processo (clínico e interpessoal) que emergem como essenciais na qualidade dos serviços prestados (Sword et al., 2012). No âmbito do processo interpessoal, estudos como os de Bennett (2006) têm demonstrado que uma comunicação ineficaz constitui uma importante barreira à utilização dos cuidados pré-natais. Também a postura do profissional de saúde, como a aparente falta de preocupação ou a abordagem autoritária, interferem de forma muito importante na qualidade percebida pelas mulheres (Sword, 2003).

A relevância atribuída ao conteúdo e à qualidade dos cuidados pré-natais tem incentivado a sua medição.

Na literatura identificam-se alguns estudos que têm avaliado a adesão das mulheres a *guidelines* nacionais e internacionais. Nesta área, através de questionários auto-preenchidos e de bases de dados institucionais, White (2006) concluiu que, apesar de serem seguidas as orientações clínicas de vigilância da gravidez, os profissionais de saúde não iam ao encontro das necessidades das mulheres no que respeita à educação para a saúde. Beeckman (2011), fazendo uso do recém-criado questionário CTP (Content and Timing of care in Pregnancy)

concluiu que em 10% das 333 mulheres em estudo não foi praticada uma vigilância adequada. O estudo do grupo de Handler (2012), ao relacionar a adesão a *guidelines* com os resultados da gravidez, sublinha a importância da qualidade dos cuidados. Mais recentemente, com a avaliação de questionários de 223 mulheres, também Waller (2016) aponta para a sub-ótima vigilância da gravidez.

Para além da análise da adesão a orientações de vigilância da gravidez, tem sido investigado o resultado de diferentes condutas de acompanhamento da gravidez nos resultados maternos e perinatais. Destas são exemplo a intensificação dos cuidados prestados (exemplo: consultas adicionais e orientação para grupos/encontros) em grupos de risco (Klerman, 2001) e a utilização de novos modelos de cuidados, como é o caso da “consulta de grupo” (Ruiz-Mirazo, 2012).

Tendo em conta a importância do aspecto interpessoal na qualidade dos cuidados pré-natais, alguns grupos dedicaram-se especificamente à análise desta dimensão. São exemplos os estudos de Wong (2004), com desenvolvimento do instrumento PIPC (Prenatal Interpersonal Processes of Care) ou de Roosevelt (2015), com a adaptação do Health Care Alliance Questionnaire aos cuidados pré-natais.

Duma forma mais abrangente, a perspetiva da experiência das mulheres também foi explorada em estudos como o de Hildingsson (2007), onde a análise da opinião de 827 mulheres sugere um acompanhamento mais centrado na pessoa, com prioridade para a educação para a saúde, sendo as características pessoais da parteira determinantes na perceção de qualidade dos cuidados. Também Wheatley (2008), analisando narrativas de mulheres, se debruça sobre as áreas mais importantes na qualidade dos cuidados pré-natais.

Alguns instrumentos foram construídos para avaliar a perceção global da qualidade dos cuidados recebidos pelas mulheres no período que engloba a gravidez e o puerpério. Em 2009, Wieggers desenvolveu o Consumer Quality Index Maternity Care, com 39 itens distribuídos por cinco dimensões (qualidade do tratamento pela parteira durante a gravidez; qualidade do tratamento pelo obstetra durante a gravidez; qualidade do tratamento durante o parto; qualidade do tratamento pela parteira no pós-parto; qualidade de tratamento pelo obstetra no pós-parto), com o objetivo de interpretar a experiência das mulheres com os

cuidados pré e pós-parto. Mais recentemente, Truijens desenvolveu o PCQ (Pregnancy and Childbirth Questionnaire) que, com 25 itens, avalia as dimensões *tratamento pessoal, informação e parto*. Já em 2015, o grupo de Sjetne construiu o questionário PreMaPEQ (Pregnancy and Maternity Care Patients Experiences Questionnaire) com 145 questões tradutoras de 16 escalas distintas, numa avaliação da percepção da qualidade dos cuidados.

Apesar dos estudos publicados, a dificuldade da avaliação da qualidade dos cuidados pré-natais reside na escassez de instrumentos válidos e confiáveis, sendo que alguns apresentam falhas metodológicas importantes ou estudam apenas uma dimensão. Perante a inexistência de um instrumento de avaliação dos cuidados específicos do período pré-natal, de carácter multidimensional, o grupo de Heaman, desenvolveu o QPCQ (Quality of Prenatal Care Questionnaire) em 2014. Os bons resultados da análise das suas propriedades psicométricas já justificaram a adaptação e validação de outras versões.

Apesar da relevância dos cuidados pré-natais, não foi encontrado na literatura um instrumento de avaliação destes cuidados adaptado e validado em Portugal.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1. METODOLOGIA

Neste capítulo descreve-se o percurso da investigação e as opções metodológicas assumidas, esclarecendo os diferentes momentos do estudo da adaptação cultural e validação do QPCQ para a língua portuguesa.

1.1 TIPO DE ESTUDO

O presente trabalho constitui um estudo de natureza exploratório-descritiva, observacional, de carácter quantitativo, tratando-se de uma investigação transversal, analítica e correlacional.

1.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A investigação teve como alvo uma população de grávidas e puérperas portuguesas.

Através de um método de amostragem não probabilístico, por conveniência, foram seleccionadas as mulheres que preenchiam os seguintes critérios de inclusão:

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Puérperas ou grávidas com idade gestacional igual ou superior a 36 semanas;
- Capacidade para ler, compreender e preencher o questionário;
- Confirmação da participação voluntária no estudo através da assinatura do consentimento informado.

Foram excluídas puérperas de feto morto ou com morte neonatal precoce. Para reduzir o erro de amostragem, e tendo em conta o número de itens do questionário a validar, definiu-se que o tamanho mínimo da amostra seria de 250 mulheres.

A aplicação dos inquéritos estendeu-se de 15 de março a 31 de julho de 2017. Durante este período, a investigadora principal ou os seus colaboradores convidaram mulheres grávidas e puérperas em consulta ou internadas na

Maternidade Daniel de Matos (Serviço de Obstetrícia A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra) a participarem no estudo, explicando os seus objetivos e formato do questionário. Apesar de ser providenciada a privacidade necessária ao preenchimento do questionário, manteve-se a permanente disponibilidade para o esclarecimento de qualquer dúvida. Apenas uma pequena proporção de mulheres necessitou de assistência (nove mulheres).

Findo o período de aplicação dos questionários, foi obtida a opinião de 264 mulheres, num total de 294 questionários aplicados (30 com dois preenchimentos).

1.3 OBJETIVOS E HIPÓTESES PROPOSTAS

1.3.1 Objetivos

O objetivo nuclear desta dissertação consistiu na adaptação cultural e linguística do questionário Quality of Prenatal Care Questionnaire (QPCQ) para a população portuguesa, com a subsequente validação deste instrumento de medição. Após delinear o objetivo central surgiram os seguintes objetivos específicos:

- Determinar a perceção global das mulheres acerca da qualidade dos seus cuidados pré-natais.
- Determinar quais as dimensões que mais contribuem para a insatisfação das utilizadoras.
- Determinar a influência de fatores sociodemográficos na avaliação da qualidade dos cuidados pré-natais.
- Determinar a influência de fatores obstétricos na avaliação da qualidade dos cuidados pré-natais.

Através desta análise, deverá ser possível tirar conclusões que permitam melhorar a qualidade dos cuidados pré-natais prestados.

1.3.2 Hipóteses Propostas

Analisando os objetivos da investigação, o presente trabalho procurou testar as seguintes hipóteses (Quadro 1):

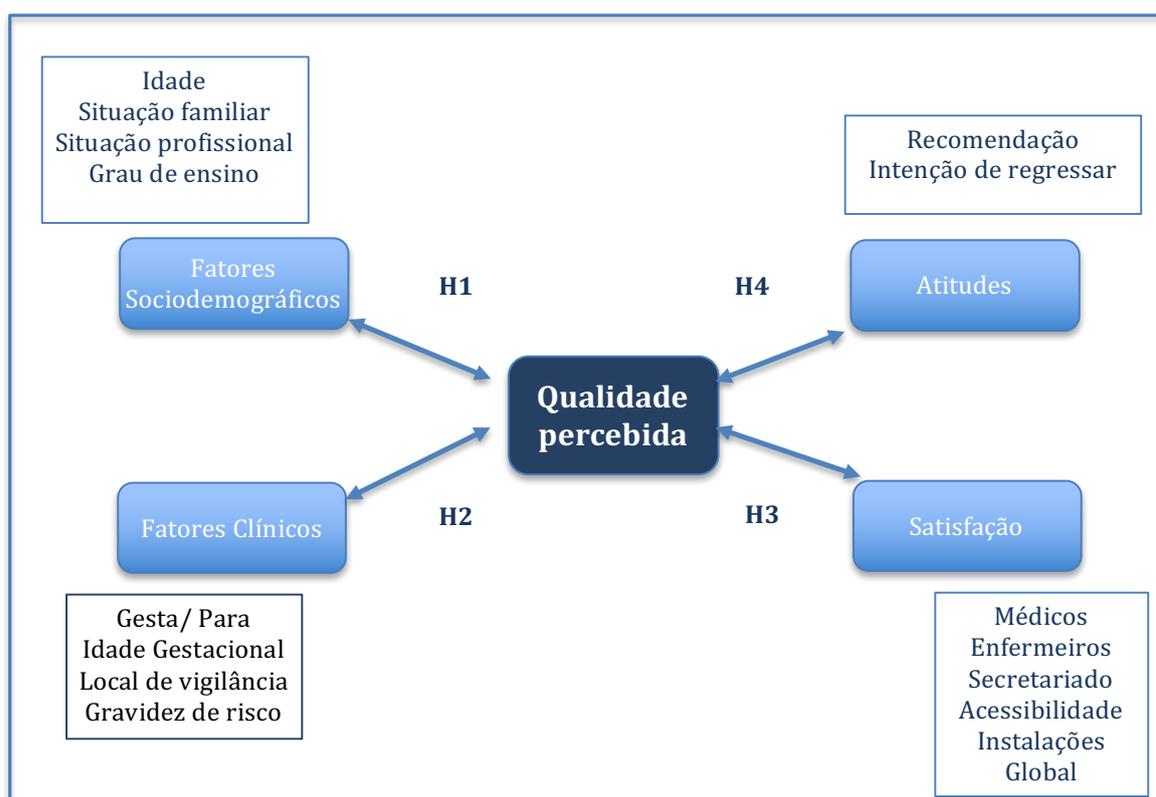
H1: Existe relação entre o grau de qualidade percebida nos cuidados de saúde pré-natais e os fatores sociodemográficos.

H2: O grau de qualidade percebida nos cuidados de saúde pré-natais correlaciona-se com as características clínicas.

H3: Existe relação entre a qualidade percebida nos cuidados de saúde pré-natais e a satisfação com os mesmos.

H4: O grau de qualidade percebida nos cuidados de saúde pré-natais correlaciona-se com as atitudes geradas.

Quadro 1. Hipóteses testadas



1.4 INSTRUMENTO DE MEDIDA

Com o intuito de alcançar os objetivos propostos anteriormente, elaborou-se o instrumento de colheita de dados constituído por três partes distintas.

A primeira parte do questionário diz respeito à avaliação sociodemográfica e clínica da amostra e inclui as variáveis identificadas na tabela 1.

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas e clínicas

Variáveis	Operacionalização das variáveis
Clínicas	
Gesta	Número de gestações
Para	Número de partos
Idade Gestacional (se grávida)	Semanas de gestação
Vigilância gravidez	Instituição Pública ¹ Instituição Privada ¹
Gravidez de risco	Sim ² Não
Sociodemográficas	
Idade	Anos
Situação Familiar	Casada com registo Casada sem registo – união de facto Solteira Viúva Divorciada Separada
Situação Profissional	Ativa ³ Reformada/Aposentada Desempregada Estudante Outra ³
Grau de Ensino	Só sabe ler e escrever 1º ciclo do Ensino Básico 2º ciclo do Ensino Básico 3º ciclo do Ensino Básico Ensino Secundário Ensino Médio Ensino Superior
Coabitantes	Número de adultos dependentes Número de adultos independentes Número de crianças

¹A resposta permanece em aberto para identificar o local. ² Se *Sim*, a resposta permanece em aberto para justificar o risco da gravidez. ³ Quando *Ativa* ou *Outra*, a resposta permanece em aberto para identificar a profissão ou outra situação laboral.

Por opção dos autores, as variáveis sociodemográficas figuram no final do questionário.

A segunda parte do questionário inclui 46 itens que resultam da tradução e adaptação cultural do questionário Quality of Prenatal Care Questionnaire (QPCQ). Este instrumento foi desenvolvido no Canadá (Heaman et al.) em 2014, tendo sido testado numa amostra de mulheres de língua inglesa vigiadas em cinco centros de referência em obstetrícia. Para além da versão original (inglês – Canadá), o questionário também já está validado para a população australiana (Sword, W. et al.), existindo também uma versão em língua francesa (Sword, W. et al.). Outras seis versões estavam disponíveis aquando do início da realização da dissertação (versões chinesa, alemã, persa, turca, tagalog, yoruba e de Myanmar). Já durante o atual processo de validação para português de Portugal, foi divulgada a versão em língua portuguesa do Brasil (McMaster University, 2017). Ao que se conseguiu apurar, nenhuma destas sete versões se encontra validada. Os direitos deste instrumento de medição estão na posse da McMaster University (Hamilton, Ontário).

O QPCQ foi desenhado para ser preenchido por mulheres com idade gestacional igual ou superior a 36 semanas ou puérperas nas suas primeiras seis semanas após o parto, pretendendo avaliar a qualidade dos cuidados pré-natais, duma forma global. O instrumento original (Anexo 1), de autopreenchimento, inclui 46 itens distribuídos por seis subescalas (Tabela 2):

- *Partilha de informação*, com nove itens que avaliam a forma como os prestadores de cuidados respondem às perguntas, como mantêm a informação confidencial e como esclarecem as utilizadoras da necessidade dos testes e seus resultados;

- *Orientação futura*, com 11 itens que analisam o modo como é fornecida às mulheres a informação suficiente para participar nas decisões acerca dos seus cuidados pré-natais e a sua experiência de parto;

- *Disponibilidade de tempo*, com quatro itens que focam o tempo que os prestadores de cuidados pré-natais dispõem para responder às questões das utilizadoras e a duração da consulta;

- *Abordagem*, com quatro itens que visam avaliar uma perspetiva da relação profissional-utilizadora, que engloba a facilidade de colocar questões;

- *Disponibilidade*, com cinco itens que analisam a facilidade de contacto com o prestador de cuidados pré-natais e a capacidade de resposta a questões, preocupações ou necessidades da mulher;

- *Apoio e respeito*, com 12 itens relacionados com a forma de respeitar e apoiar a mulher grávida.

O modelo de resposta tipo Likert de 1 (*Discordo Totalmente*) a 5 (*Concordo Totalmente*) permite uma variação de pontuação total entre 46 e 230, sendo que os itens 8, 15, 23, 28 e 40 são pontuados inversamente. A pontuação final resulta da soma das avaliações de cada item dividido pelo número de itens (46), sendo que uma pontuação mais elevada indica qualidade superior dos cuidados pré-natais. A tabela 2 resume o desenho do QPCQ.

Tabela 2. Desenho do QPCQ

Dimensões	Itens	Número Itens	Pontuação
Partilha de informação	3,6,11,17,22,33,39,43,45	9	9-45
Orientação futura	2,4,10,13,16,20,24,27,31,42,46	11	11-55
Disponibilidade de tempo	1,8*,18,30,44	5	5-25
Abordagem	15*,23*,28*,40*	4	4-20
Disponibilidade	9,12,32,35,38	5	5-25
Apoio e respeito	5,7,14,19,21,25,26,29,34,36,37,41	12	12-60
Pontuação total	Soma dos 46 itens	46	46-230

* Itens negativamente pontuados

Na sua versão original, foi testada a validade do instrumento (com a validade de critério a ser demonstrada pela associação entre dimensões do QPCQ e dos questionários *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* e *Prenatal Interpersonal Processes of Care Instrument* e a sua fiabilidade, apresentando uma boa coerência interna (escala global com alfa de Cronbach de 0,96; subescalas com alfa de Cronbach entre 0,73 e 0,93) e uma boa reprodutibilidade teste-reteste (Coeficiente de correlação intraclasse de 0,88), a indicar estabilidade do instrumento na aplicação do mesmo após uma semana. Duma forma global, as versões validadas apresentaram resultados psicométricos semelhantes. Constituiu exceção a subescala *Disponibilidade de tempo* da versão

francesa, onde foi encontrada uma coerência interna com um alfa de Cronbach de 0.61, em provável associação com a formulação dos itens.

A terceira parte do questionário aplicado no nosso estudo inclui nove itens de avaliação dos cuidados de saúde prestados para possibilitar uma análise comparativa das duas escalas e, portanto, permitir testar a validade de critério da versão adaptada do QPCQ. As sete primeiras questões avaliam, respetivamente, as dimensões “cuidados médicos”, “cuidados de enfermagem”, “secretariado clínico”, “acessibilidade”, “serviços prestados”, “qualidade das instalações” e “qualidade das consultas”. As respostas são quantificadas através de uma escala de Likert de cinco pontos (onde 1 equivale a *Mau* e 5 equivale a *Excelente*), com uma avaliação máxima da qualidade dos serviços a corresponder a 35 pontos. Cada um destes itens representa uma dimensão/subdimensão avaliada no questionário europeu Europep, que resultou de um projeto lançado em 1994 por Richard Grol, do Centro para a Investigação para a Qualidade de Cuidados (WOK) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Nijmegen e que, aquando da finalização do projeto em 1999, já se encontrava validado em 15 línguas e reconhecido pela organização mundial de médicos de família, a WONCA (P.L. Ferreira, 1999). Este questionário apresenta uma versão portuguesa, já testada e validada em Portugal, desenvolvida pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, e amplamente difundida em estudos de satisfação na área dos cuidados primários (Ferreira et al., 2001; Ferreira et al., 2005; Ferreira et al., 2010; Ferreira et al., 2015).

Os itens 8 e 9, também num modelo de resposta tipo Likert de cinco pontos (1=concordo muito; 2=concordo; 3=discordo; 4=discordo muito; 5=não sei), dizem respeito às atitudes futuras, avaliando especificamente a concordância com a recomendação da Unidade a terceiros (item 8) e a vontade de voltar numa próxima gravidez (item 9).

A forma final do questionário, de autopreenchimento, encontra-se em anexo (Anexo 2).

1.4.1 Adaptação cultural e linguística do QPCQ para português

Para se proceder à adaptação do questionário QPCQ para português, foi solicitada autorização aos autores. Após ser obtida a respetiva autorização (Anexo 3), iniciou-se o processo de tradução e adaptação cultural.

A metodologia para a adaptação cultural e validação do instrumento QPCQ seguiu as etapas preconizadas pela International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) Task Force for Translation and Cultural Adaptation (Wild et al., 2005) e as orientações das autoras do questionário (Anexo 4).

Numa primeira etapa foram solicitadas duas traduções independentes do questionário original para português, realizadas por tradutores portugueses fluentes em língua inglesa. Da comparação destas duas traduções através de uma análise de equivalência dos significados dos itens traduzidos, resultou uma primeira versão de consenso em português. Desta versão foi efetuada uma retroversão por um tradutor profissional de língua-mãe inglesa, com domínio na área da saúde. Este documento foi submetido a uma análise comparativa com o questionário original dando origem, após as devidas correções, a uma nova versão (versão intermédia).

Salientamos que, durante o período de tradução/retroversão, foram efetuados os necessários contactos com os tradutores a fim de esclarecer questões relacionadas com a equivalência dos itens não recorrendo, unicamente, às dimensões lexicais.

A primeira versão de consenso em português e a retroversão dela obtida foram enviadas às autoras do questionário original com algumas solicitações para melhor adaptação à língua e cultura portuguesas.

A versão intermédia do questionário foi submetida a uma revisão clínica por dois obstetras com conhecimentos de inglês e experiência em cuidados pré-natais para avaliação da equivalência técnica, semântica e conceptual entre as duas versões inglesas e a tradução final. Os ajustes na versão portuguesa foram pontuais e essencialmente gramaticais.

Também no sentido de avaliar a qualidade das instruções e da formulação de cada uma das questões, foram realizadas entrevistas cognitivas a dois grupos de cinco mulheres cada, com características semelhantes às da população em

estudo. Assim, o questionário foi entregue a estes dois grupos de mulheres e, após o seu preenchimento, foi conduzida uma pequena entrevista estruturada. Neste processo foram analisados o enunciado e as questões de forma global, mas também considerando especificamente os seguintes parâmetros: resposta difícil (por exemplo, devido ao vocabulário utilizado), questão confusa, item repetido e utilidade da questão. Os resultados deste teste piloto foram enviados às autoras do instrumento original para serem sujeitos a comentários. Só então considerámos a tradução apta para ser sujeita a testes de validação e de fiabilidade.

A versão final do QPCQ em português foi aceite pelas autoras a 8 de Fevereiro, estando atualmente divulgada a existência da mesma no site da McMaster University (<https://milo.mcmaster.ca/questionnaires/request-for-a-quality-of-prenatal-care-questionnaire-qpcq>).

1.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Sublinhando a necessidade de respeitar os princípios éticos, deontológicos e morais em todas as fases do processo de investigação, após conclusão do processo de tradução, foi efetuado um pedido de autorização formal ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (Anexo 5) após parecer favorável do Diretor de Serviço de Obstetrícia A (Anexo 6). O pedido deu entrada no Conselho de Administração e na Comissão de Ética do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra a 8 de novembro de 2016, tendo obtido parecer favorável, respetivamente, a 21 de dezembro e a 29 de dezembro do mesmo ano (Anexo 7).

A natureza confidencial do instrumento de colheita de dados foi assegurada, uma vez que os questionários foram catalogados numericamente, só sendo conhecida a identidade das grávidas pelo investigador principal. Associadamente, garante-se que nenhum resultado deste estudo será apresentado de modo a que qualquer mulher possa ser identificada.

As participantes foram esclarecidas acerca dos objetivos do estudo, da garantia de confidencialidade dos dados recolhidos, do direito de colocar questões e de recusar ou interromper, em qualquer momento, a sua participação, sem qualquer prejuízo. Foram ainda informadas de que o seguimento da sua

gravidez iria decorrer normalmente, como previsto, não sendo alterado pela participação ou não no estudo. Às grávidas que pretendessem colaborar, foi solicitado a declaração, por escrito, da participação voluntária no estudo através do preenchimento do consentimento informado.

1.6 TÉCNICAS DE TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados recolhidos foram organizados numa grelha de registo utilizando o programa Microsoft Excel para Mac, versão 15.31. Nenhum questionário foi excluído. A análise estatística dos dados apurados foi realizada utilizando o programa IBM SPSS® – Statistical Package for the Social Sciences, versão 22.

A estatística descritiva foi utilizada para sumariar as características sociodemográficas e clínicas da amostra e para determinar a média e desvio padrão para o QPCQ e suas subescalas. Os scores foram calculados revertendo os valores de itens inversamente pontuados, após o que se somou a pontuação para dividir pelo número total de itens.

Para facilitar a interpretação, optámos por recodificar algumas variáveis. Os dados relativos à idade foram agrupados em 3 classes, designadamente, "< 30 anos", "30-35 anos" e "> 35 anos". Quanto à situação familiar, as mulheres da amostra foram distribuídas pelas classes "casadas" (com ou sem registo) e "não casadas". A variável situação profissional foi recodificada em "ativa" e "não ativa". Os dados do grau de ensino foram distribuídos pelos seguintes grupos:

- "inferior a básico", a incluir o grupo "só sabe ler e escrever";
- "básico", a incluir os dados de mulheres com o primeiro, segundo ou terceiro ciclos do ensino básico;
- "secundário e médio";
- "superior".

As variáveis "Gesta", "Para" e "Idade gestacional, se grávida" permitiram a utilização das variáveis "Nulípara" (para mulheres grávidas sem partos anteriores) e "Primípara/Múltipara" (correspondendo a mulheres com partos anteriores, quer sejam grávidas ou puérperas).

Para a correlação da perceção da qualidade dos cuidados prestados com a satisfação global, consideraram-se mais satisfeitas as mulheres com média de satisfação (médicos, enfermeiros, secretariado, acessibilidade, serviços

prestados, qualidade das instalações, qualidade das consultas) entre 4 e 5 valores.

Para facilitar a identificação de uma relação entre a percepção da qualidade dos cuidados prestados e as atitudes geradas, considerou-se que, quanto à atitude “recomendaria”, recomendariam a instituição de saúde as mulheres que responderam com “Concordo muito” ou “Concordo”. Quanto à atitude “Voltaria”, foi utilizada a mesma forma de codificação que para a questão anterior, considerando que voltariam as mulheres que responderam com “Concordo muito” ou “Concordo”.

As respostas às perguntas abertas do questionário foram alvo de análise de conteúdo.

1.6.1 Análise psicométrica

A fiabilidade é um dos principais critérios de avaliação da qualidade e da adequação de uma medida, assentando na estabilidade da informação. Nesse sentido, foi explorado o conceito de consistência interna/homogeneidade de conteúdo, através da determinação do alfa de Cronbach (quanto mais se aproximar de 1,00, maior será a consistência interna, considerando-se resultados adequados aqueles que forem superiores a 0,7), usado para quantificar o grau de equivalência entre respostas para grupos de perguntas que avaliem o mesmo conceito.

O estudo da homogeneidade dos itens foi também efetuado através dos coeficientes de correlação de cada item com o total da respetiva subescala. Nesta análise foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson, sendo considerada uma correlação moderada se r figurasse entre 0,5 e 0,7, forte se estivesse contido entre 0,7 e 0,9 e muito forte se r fosse superior a 0,9.

A análise da estabilidade temporal envolveu uma segunda aplicação do mesmo questionário a 30 mulheres (reprodutibilidade teste-reteste), sendo a estimativa dada pela correlação entre os resultados obtidos pela aplicação em ambos os tempos (coeficiente de correlação intraclass). O intervalo entre a resposta ao primeiro e segundo questionário foi, em média, de 11 dias (uma a duas semanas). Na seleção destas mulheres, levou-se em consideração que o tempo deveria ser longo o suficiente para evitar recordações das respostas na

primeira avaliação. Nesse sentido, não foram convidadas a participar mulheres com preenchimento do questionário nos últimos 6 dias.

Sendo a validade de um instrumento definida como a propriedade de medir aquilo que se pretende medir, torna-se fundamental a sua análise. No nosso estudo, a validade de conteúdo foi garantida através da utilização de juízos de painéis de mulheres com perfil semelhante às mulheres da população estudada ou de peritos sobre a clareza, a inclusão de todos os conceitos, a redundância de itens e as escalas do instrumento.

O estudo da validade de construção baseou-se nas relações lógicas entre determinadas variáveis e as pontuações médias do QPCQ. Para tal, foram testadas algumas hipóteses com análise de variáveis sociodemográficas e clínicas.

Na inexistência de um 'padrão-ouro' para a medição da qualidade dos cuidados pré-natais, a validade de critério foi determinada pelo grau de associação com sete questões representativas das dimensões já validadas para português do questionário europeu, Europep. Foi colocada a hipótese de que mulheres que pontuassem melhor a qualidade dos cuidados pré-natais no QPCQ também tivessem pontuações mais elevadas na avaliação dos cuidados prestados nas subescalas do Europep.

Foi utilizado o teste t de Student para comparação de médias de amostras independentes (com avaliação da homogeneidade de variâncias através do teste de Levene) e a análise de variância com o One-way ANOVA para amostras independentes. Quando necessário, após a análise da variância foi utilizado o teste *post hoc* Scheffe.

Para todas as análises estatísticas, o nível máximo de significância foi fixado em 5%.

2. RESULTADOS

2.1 - ADAPTAÇÃO CULTURAL E LINGUÍSTICA

No processo de adaptação cultural e linguística do QPCQ surgiram algumas dificuldades e sugestões que culminaram, em alguns casos, em alterações ao questionário. Apresentam-se os pontos mais relevantes:

1) Nas instruções de preenchimento foi solicitada permissão para a utilização de “enfermeira” e não “parteira”, tendo em conta que, na realidade portuguesa, a maior parte das enfermeiras com quem as grávidas contactam durante o período pré-natal não são parteiras. À semelhança da versão brasileira, esta proposta de alteração foi aceite pelas autoras;

2) Ainda nas instruções de preenchimento, foi sugerido a utilização de exemplos de “outros profissionais de saúde” (como psicólogos ou nutricionistas) para conseguir que as orientações fossem mais ilustrativas. As autoras não permitiram esta sugestão;

3) Transversalmente a todo o questionário, a necessidade de articular as formas verbais no singular e plural para “*prenatal care provider(s)*” acrescentaria dificuldade à interpretação dos itens. Assim sendo, foi solicitada a exclusiva utilização do plural (ex. “*Os meus prestadores de cuidados pré-natais respeitaram-me*”). As autoras compreenderam a dificuldade e permitiram a alteração;

4) No item 12 (“*Alguém do consultório/Serviço dos meus prestadores de cuidados pré-natais devolveu-me sempre as chamadas*”), dada a realidade dos serviços de obstetria do Serviço Nacional de Saúde (sempre com profissionais de presença física), foi sugerido que fosse acrescentado “*...ou esclareceu as minhas dúvidas.*”. As autoras discordaram desta alteração;

5) No item 17, para facilitar a interpretação, as autoras permitiram a utilização de “estudada” em vez de “rastreada” (“*Fui adequadamente estudada para detetar potenciais problemas com a minha gravidez*”);

6) No item 35 (“*Conseguí sempre contactar alguém no consultório se precisasse de alguma coisa*”), para que não existisse exclusão dos serviços públicos, foi sugerido acrescentar “maternidade” (“*...consultório/maternidade*”). As autoras autorizaram a alteração.

Uma vez que da revisão clínica da versão intermédia só resultaram ajustes pontuais e essencialmente gramaticais, passou-se diretamente para o teste-piloto. As 10 mulheres entrevistadas tinham idades compreendidas entre os 26 e os 42 anos (mediana 35,5) e necessitaram, em média, de 7 minutos para o preenchimento do questionário (mediana 7,36). Apesar de sublinharem a importância dos objetivos do QPCQ e da clareza das instruções e da maior parte das questões, quando questionadas acerca da compreensão de cada item, as utilizadoras relataram algumas dificuldades. Assim, para melhor compreensão, foi sugerido que:

1) No item 2 (*“Os meus prestadores de cuidados de saúde deram-me opções para a minha experiência do parto”*), “deram-me” deveria ser substituído por “mostraram-me”;

2) Os itens 6 (*“Foram sempre dadas respostas sinceras às minhas perguntas”*) e 43 (*“Os meus prestadores de cuidados pré-natais mantiveram a minha informação confidencial”*) devessem iniciar-se por “Eu penso que”, para que fossem de resposta mais fácil;

3) No item 16 (*“Fui suficientemente informada sobre a segurança do exercício moderado durante a gravidez”*), deveria figurar “exercício físico”.

As autoras não permitiram modificar qualquer um destes quatro itens com a justificação de que estas alterações poderiam alterar os conceitos medidos.

O item 27 (*“Eu estive inserida em programas da comunidade que me foram úteis”*), dada a realidade portuguesa, foi de difícil interpretação. As mulheres entrevistadas associaram estes programas apenas a cursos de preparação para o parto.

A versão final, em português, do QPCQ foi integrada no questionário a aplicar.

Todas as mulheres a quem foi proposta a participação no estudo concordaram em responder ao questionário. Foi recolhida a opinião de 264 mulheres, num total de 294 questionários (30 mulheres preencheram dois questionários).

No total, houve apenas sete respostas omissas em questionários distintos (uma no item 8; duas no item 12; uma no item 22; uma no item 25; uma no item 27; uma no item 31).

2.2 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

A idade média das respondentes foi de 32,3 anos (18-44 anos) e o desvio padrão de 5,2. A maior parte das mulheres pertencia ao grupo de idades compreendidas entre os 30 e os 35 anos (117), sendo que 74 mulheres tinham idade inferior a 30 anos e 73 mulheres tinham mais de 35 anos.

Quanto à situação familiar da nossa amostra, foi notório o predomínio de mulheres casadas ou em união de facto (85%). 12,9% eram solteiras e apenas 1,9% eram separadas ou divorciadas. Não houve qualquer respondente viúva.

A maior parte das mulheres da amostra referiu estar empregada (77,2%), existindo 20,4% desempregadas e 1,6% estudantes. Nenhuma das mulheres pertencia à situação de reformada/aposentada. Duas mulheres assinalaram a categoria “*Outra*”, fazendo-a corresponder à situação “doméstica”.

O número de mulheres desempregadas sugeriu a análise por classes etárias, tendo sido utilizada a recodificação da variável “idade” nos grupos “inferior a 30 anos”, “30 a 35 anos” e “superior a 35 anos”. A percentagem de desemprego nos três grupos foi, respetivamente, 31,1%, 12,8% e 21,9%.

Das mulheres ativas, houve um claro predomínio das profissões: empregada fabril, empregada de balcão, professora e enfermeira, que constituíram 33,5% da amostra. Fazendo uso da Classificação Nacional de Profissões do Instituto de Emprego e Formação Profissional, as respondentes distribuíram-se conforme apresentado na tabela 3.

Quanto às habilitações literárias, todas as mulheres sabiam, no mínimo, ler e escrever, sendo que a maioria (96,6%) completou, pelo menos, o 3º ciclo do ensino básico. Quase metade da amostra (48,9%) concluiu formação superior (Politécnico ou Universitário).

85,2% das mulheres referiu não coabitar com adultos dependentes. Nas restantes, predominou a coabitação com apenas 1 elemento (9% das mulheres inquiridas). A grande maioria das mulheres vivia com 1 (70,8%) ou 2 (13,6%) adultos independentes. 63,3% das mulheres coabitava com crianças.

A informação relativa à caracterização sociodemográfica da amostra encontra-se resumida na tabela 3.

Tabela 3. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	Valor	N	%
Idade	<30 anos	74	28
	30-35 anos	117	44,5
	> 35 anos	73	27,5
	Média (dp)	32,3 (5,2)	
	Mínimo	18	
	Máximo	44	
Situação Familiar	Casada	146	55,3
	União de facto	79	29,9
	Solteira	34	12,9
	Viúva	0	0
	Divorciada	4	1,5
	Separada	1	0,4
Situação profissional	Ativa	204	77,2
	Reformada/Aposentada	0	0
	Desempregada	54	20,4
	Estudante	4	1,6
	Outra	2	0,8
Profissão	Profissões das Forças Armadas	2	
	Representantes do poder legislativo e executivo; diretores e gestores	5	
	Especialistas de atividades intelectuais e científicas	70	
	Técnicos e profissões de nível intermédio	11	
	Pessoal administrativo	39	
	Trabalhadores de serviços pessoais, proteção, segurança; vendedores	25	
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, pesca, floresta	2	
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artificies	2	
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	2	
	Trabalhadores não qualificados	45	

(Continua)

Tabela 3. Caracterização sociodemográfica da amostra (continuação)

Variável	Valor	N	%
Grau de Ensino	Inferior a Básico	0	0
	Básico	58	22
	Secundário/Médio	77	29,1
	Superior	129	48,9
Coabitação	Adultos Dependentes	39	14,7
	Adultos independentes	235	89
	Crianças	167	63,3

dp - desvio padrão

2.3 - CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA AMOSTRA

Das 264 mulheres inquiridas, 189 eram puérperas e 75 ainda se encontravam grávidas. Destas, apurou-se uma idade gestacional média de 37,7 semanas (36-41 semanas), com um desvio padrão de 1,3.

Todas as puérperas (189) responderam ao questionário em regime de internamento. Das grávidas, a maioria respondeu enquanto aguardava a consulta de obstetrícia (81,6%), tendo nas restantes sido aplicado o questionário em regime de internamento.

As mulheres da amostra apresentaram, em média, 1,8 gestações nos seus antecedentes obstétricos (desvio padrão 0,9). Apesar do grupo mais frequente ser o das mulheres com uma única gestação (110 mulheres), no seu global, a maioria das mulheres (58,3%) já se encontrava, pelo menos, na sua segunda gestação (154 mulheres).

Nas 110 respondentes que referiram como antecedentes apenas uma gestação, à data da aplicação do questionário, a maioria já se encontrava no período pós-parto (82 em 110 mulheres).

86% das respondentes já tinha tido, pelo menos, um parto. A média da paridade deste grupo foi de 1,3 partos.

A gravidez das mulheres da amostra foi vigiada, predominantemente, em instituições públicas (81,8% das mulheres). Neste grupo, a maioria das respondentes referiu ter sido vigiada exclusivamente na Maternidade Daniel de Matos. O Centro de Saúde em articulação com a Maternidade Daniel de Matos, através do protocolo de referenciação das gestações de baixo risco, também constituiu uma forma vigilância bastante frequente.

Em 25 casos, houve vigilância partilhada entre instituições públicas e privadas. Na maior parte das gestações, esta partilha envolveu a Maternidade Daniel de Matos.

Apenas 23 mulheres (8,7%) referiram ter sido vigiadas unicamente numa instituição privada.

Os antecedentes obstétricos estão descritos na tabela 4.

Tabela 4. Caracterização clínica da amostra

Variável	Valor	N	%
Idade Gestacional	Média (dp)	37,7 (1,3)	
	Mínimo	36	
	Máximo	41	
Gestações	1	110	41,7
	2	100	37,9
	3	43	16,3
	4	7	2,6
	5	3	1,1
	6	1	0,4
Partos	0	37	14
	1	123	46,6
	2	91	34,4
	3	11	4,2
	4	2	0,8
Vigilância da gravidez	Público Exclusivo	216	81,8
	▪ MDM e Centro de Saúde	89	33,7
	▪ MDM isoladamente	122	46,1
	▪ Centro Hospitalar São João	1	0,4
	▪ Hospital Infante D. Pedro	1	0,4
	▪ Hospital de S. Teotónio	1	0,4
	▪ Hospital Distrital Figueira da Foz	1	0,4
	▪ <i>National Health Service</i> inglês	1	0,4
	Público e privado	25	9,5
	▪ Centro de Saúde e obstetra privado	3	1,1
▪ Hospital Distrital da Figueira da Foz e obstetra privado	1	0,4	
▪ MDM e obstetra privado	21	8	
Privado Exclusivo	23	8,7	

dp - desvio padrão

MDM - Maternidade Daniel de Matos

Quando perguntado se “*Esta foi uma gravidez de risco?*”, 80 mulheres responderam que sim (30,3%). Das 80 respondentes que consideraram ter uma gestação de risco, os motivos mais frequentemente apontados foram a “*Diabetes Gestacional*”, a “*gravidez múltipla*” e os “*estados hipertensivos da gravidez*” (Tabela 5).

Tabela 5. Motivos que justificam o risco atribuído à gravidez

Motivo	Frequência Absoluta
Ameaça de Parto Pré-Termo	6
Anomalias do Líquido amniótico	3
Contractilidade	7
Estados hipertensivos da gravidez	10
Gravidez múltipla	8
Metrorragias da gravidez	5
Idade	3
Patologia autoimune	2
Patologia endocrinológica	10
Patologia ginecológica	1
Patologia hematológica	8
Patologia nefro-urológica	3
Patologia neurológica	1
Profissão	4
Restrição de Crescimento Intrauterino	3
Outros	
• Cesariana anterior	1
• Descolamento de placenta no 1º trimestre	1
• Procriação Medicamente Assistida	1
• Translucência da nuca aumentada	1
“Vários”	2
TOTAL	80

2.4 - PERCEÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS PRÉ-NATAIS

A percepção da qualidade dos cuidados pré-natais foi globalmente boa, com um score médio de 4,11 (desvio padrão 0,47).

Conforme visualizado na tabela 6, quando analisados cada um dos itens do questionário, verificou-se um score médio superior nas questões 5 (“*Os meus prestadores de cuidados pré-natais respeitaram-me*”) e 45 (“*Compreendi perfeitamente a razão porque os meus prestadores de cuidados pré-natais me mandaram fazer análises ao sangue e outros exames*”). A pior avaliação foi associada às questões 27 (“*Eu estive inserida em programas da comunidade que me foram úteis*”) e 42 (“*Foi-me dada informação adequada sobre depressão na gravidez*”).

Tabela 6. Percepção da Qualidade dos Cuidados Pré-Natais (itens do QPCQ)

Item	Score Mínimo	Score Máximo	Score Médio	Desvio Padrão
1. Estive com os meus prestadores de cuidados pré-natais todo o tempo que precisei	1	5	4,19	0,63
2. Os meus prestadores de cuidados pré-natais deram-me opções para a minha experiência do parto	1	5	3,68	0,89
3. Foi-me dada a informação adequada sobre exames e procedimentos pré-natais	2	5	4,33	0,65
4. Foi-me dada informação suficiente para responder às minhas necessidades sobre aleitamento	1	5	4,11	0,79
5. Os meus prestadores de cuidados pré-natais respeitaram-me	3	5	4,54	0,58
6. Foram sempre dadas respostas sinceras às minhas perguntas	2	5	4,45	0,65
7. Os meus prestadores de cuidados pré-natais respeitaram os meus conhecimentos e a minha experiência	2	5	4,27	0,71
8. Os meus prestadores de cuidados pré-natais estiveram sempre com pressa*	1	5	3,84	1,01
9. Eu soube como entrar em contacto com os meus prestadores de cuidados pré-natais	1	5	4,14	0,76
10. Os meus prestadores de cuidados pré-natais prepararam-me para a minha experiência do parto	1	5	3,96	0,77
11. Todos os que estiveram envolvidos nos meus cuidados pré-natais receberam as informações importantes sobre mim	1	5	4,16	0,68
12. Alguém do consultório/Serviço dos meus prestadores de cuidados pré-natais me devolveu sempre as chamadas	1	5	3,69	0,94

13. Os meus prestadores de cuidados pré-natais dedicaram tempo a falar comigo sobre as minhas expectativas em relação ao trabalho de parto e parto	1	5	3,84	0,93
14. As minhas decisões foram respeitadas pelos meus prestadores de cuidados pré-natais	1	5	4,15	0,73
15. Os meus prestadores de cuidados pré-natais foram bruscos comigo*	1	5	4,35	0,86
16. Fui suficientemente informada sobre a segurança do exercício moderado durante a gravidez	1	5	4,01	0,83
17. Fui adequadamente estudada para detetar potenciais problemas com a minha gravidez	1	5	4,31	0,69
18. Os meus prestadores de cuidados pré-natais tiveram sempre tempo para responder às minhas perguntas	2	5	4,33	0,68
19. Os meus prestadores de cuidados pré-natais foram pacientes	1	5	4,33	0,67
20. Recebi informação adequada sobre a minha alimentação durante a gravidez	1	5	4,24	0,73
21. Os meus prestadores de cuidados pré-natais apoiaram-me quando eu fazia o que achava certo para mim	2	5	3,93	0,73
22. Os resultados dos exames foram-me explicados de forma a que eu percebesse	1	5	4,15	0,81
23. As minhas consultas de cuidados pré-natais foram feitas a correr*	1	5	4,07	1,02
24. Os meus prestadores de cuidados pré-natais interessaram-se sobre como a gravidez estava a afetar a minha vida	1	5	3,63	0,94
25. Os meus prestadores de cuidados pré-natais apoiaram-me	2	5	4,14	0,66
26. Os meus prestadores de cuidados pré-natais prestaram muita atenção quando eu falava	2	5	4,15	0,66
27. Eu estive inserida em programas da comunidade que me foram úteis	1	5	3,22	1,17
28. Os meus prestadores de cuidados pré-natais fizeram-me sentir que eu os estava a fazer perder tempo*	1	5	4,35	0,83
29. As minhas preocupações foram levadas a sério	1	5	4,23	0,66
30. Os meus prestadores de cuidados pré-natais arranjaram tempo para eu falar	2	5	4,14	0,66
31. Recebi informação adequada sobre o consumo de álcool durante a gravidez	1	5	4,33	0,78
32. Os meus prestadores de cuidados pré-natais estiveram disponíveis quando eu tinha dúvidas ou preocupações	2	5	4,29	0,61
33. Os meus prestadores de cuidados pré-natais deram respostas diretas às minhas perguntas	1	5	4,25	0,65

34. Eu controlei as decisões sobre os meus cuidados pré-natais	1	5	3,93	0,79
35. Consegui sempre contactar alguém no consultório/maternidade se precisasse de alguma coisa	1	5	4,16	0,77
36. Os meus prestadores de cuidados pré-natais apoiaram as minhas decisões	2	5	4,12	0,69
37. Eu senti-me à vontade com os meus prestadores de cuidados pré-natais	1	5	4,33	0,66
38. Eu consegui contactar telefonicamente os meus prestadores de cuidados pré-natais, quando necessário	1	5	3,99	0,89
39. Os meus prestadores de cuidados pré-natais deram-me a informação devida para eu tomar decisões por mim mesma	1	5	4,13	0,73
40. Tive receio de fazer perguntas aos meus prestadores de cuidados pré-natais*	1	5	4,17	1,02
41. Os meus valores e as minhas convicções foram respeitados pelos meus prestadores de cuidados pré-natais	1	5	4,18	0,69
42. Foi-me dada informação adequada sobre depressão na gravidez	1	5	3,17	1,18
43. Os meus prestadores de cuidados pré-natais mantiveram a informação a meu respeito confidencial	1	5	4,14	0,76
44. Os meus prestadores de cuidados pré-natais tiveram tempo para me ouvir	2	5	4,24	0,64
45. Compreendi perfeitamente a razão porque os meus prestadores de cuidados pré-natais me mandaram fazer análises ao sangue e outros exames	2	5	4,53	0,58
46. Os meus prestadores de cuidados pré-natais tiveram tempo para fazer perguntas sobre coisas importantes para mim	1	5	4,19	0,77
QPCQ Total	2,67	5	4,11	0,47

* Cálculo tendo em conta que são itens inversamente pontuados.

Quando analisadas cada uma das dimensões, foram sempre obtidos scores favoráveis. Apesar de muito uniforme, a perceção da qualidade foi inferior na dimensão “Orientação futura”. Os resultados mostraram uma melhor avaliação da qualidade nas dimensões “Partilha de informação” e “Abordagem” (Tabela 7).

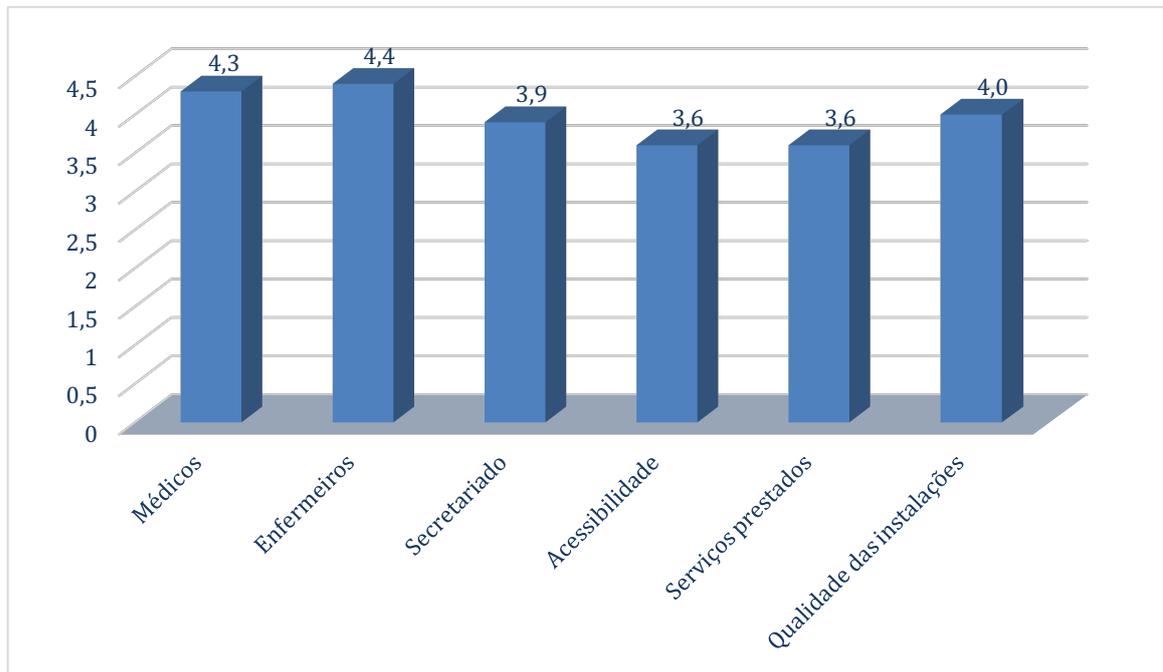
Tabela 7. Percepção da Qualidade dos Cuidados Pré-Natais (dimensões do QPCQ)

Dimensões	Número de Itens	Score Mínimo	Score Máximo	Score Médio	Desvio Padrão
Partilha de informação	9	2,11	5	4,27	0,50
Orientação futura	11	2,09	5	3,85	0,54
Disponibilidade de tempo	5	2,60	5	4,14	0,54
Abordagem	4	1,25	5	4,23	0,70
Disponibilidade	5	1,80	5	4,05	0,61
Apoio e respeito	12	2,33	5	4,19	0,51
QPCQ Total	46	2,67	5	4,11	0,47

Quando avaliados os resultados da satisfação com os cuidados pré-natais, é a análise dos enfermeiros que merece as pontuações mais elevadas, ultrapassando ligeiramente a satisfação com os médicos. O terceiro grupo de profissionais envolvidos na avaliação – administrativos – mereceram uma avaliação inferior. A “*acessibilidade*” (resultado da facilidade em marcar consulta/telefonar para a unidade e tempo de espera) e os “*serviços prestados*” (horário de atendimento, organização geral dos serviços) foram as áreas de maior insatisfação (Gráfico 1).

A maioria das mulheres apresentou-se globalmente muito satisfeita com os cuidados e serviços prestados, com uma avaliação média de 4,0 valores (desvio padrão de 0,62). Neste aspeto global da satisfação, considerando as sete questões representativas das dimensões do Europep, 232 mulheres (88%) pontuaram os cuidados como muito bons ou excelentes.

Gráfico 1. Avaliação da satisfação com as várias áreas dos cuidados (scores médios)



Quando avaliadas as atitudes geradas pela perceção da qualidade dos cuidados prestados, os resultados foram globalmente bons (Tabela 8).

Perante a questão “*Recomendo fortemente esta Unidade de Saúde aos meus amigos*”, as respostas foram predominantemente favoráveis a esta posição, com 93% das mulheres a concordarem ou concordarem muito.

Quando colocadas perante a questão “*Não vejo qualquer razão para mudar para outra Unidade de Saúde*”, as respondentes também foram unânimes na avaliação da Instituição onde vigiaram a gravidez, com cerca de 89% das mulheres a concordarem ou concordarem muito.

Tabela 8. Atitudes geradas pela percepção da qualidade dos cuidados prestados

Atitudes geradas	N	%
<i>Recomendo fortemente esta Unidade de Saúde</i>		
▪ Concordo muito	129	49
▪ Concordo	117	44
▪ Discordo	7	2,8
▪ Discordo muito	1	0,4
▪ Não sei	10	3,8
<i>Não vejo razão qualquer razão para mudar para outra Unidade de Saúde</i>		
▪ Concordo muito	147	55,7
▪ Concordo	89	33,7
▪ Discordo	11	4,2
▪ Discordo muito	2	0,8
▪ Não sei	15	5,6

2.5 - ANÁLISE PSICOMÉTRICA DO QUESTIONÁRIO QPCQ

Neste ponto descreveremos as características psicométricas obtidas para a versão portuguesa do QPCQ. Apresentaremos os resultados dos indicadores fiabilidade e validade, através das técnicas que considerámos mais adequadas.

Como referido anteriormente, relativamente à análise de dados perdidos, houve apenas sete respostas omissas em questionários distintos, a saber:

- Uma no item 8 (*Os meus prestadores de cuidados pré-natais estiveram sempre com pressa*);
- Duas no item 12 (*Alguém do consultório/Serviço dos meus prestadores de cuidados pré-natais me devolveu sempre as chamadas*);
- Uma no item 22 (*Os resultados dos exames foram-me explicados de forma a que eu percebesse*);
- Uma no item 25 (*Os meus prestadores de cuidados pré-natais apoiaram-me*);
- Uma no item 27 (*Eu estive inserida em programas da comunidade que me foram úteis*);
- Uma no item 31 (*Recebi informação adequada sobre o consumo de álcool durante a gravidez*).

Dada a reduzida taxa de respostas omissas, não foi excluído qualquer questionário.

2.5.1. FIABILIDADE

A fiabilidade do instrumento, traduzida na consistência interna dos valores obtidos nos 46 itens do QPCQ, foi aferida através do coeficiente alfa de Cronbach total e para cada uma das dimensões. Conforme atestado na tabela 12, o instrumento revelou, no seu global, uma excelente fiabilidade. A dimensão “apoio e respeito” apresentou a consistência interna mais elevada (0,93), sendo que, de forma contrária, a subescala “abordagem” apresentou o coeficiente mais baixo (0,74), ainda assim a revelar uma fiabilidade aceitável. Todas as dimensões obtiveram avaliações superiores a 0,7.

A fiabilidade da versão portuguesa do QPCQ foi também caracterizada pelo seu grau de estabilidade temporal. Esta avaliação foi conseguida através do teste de reprodutibilidade (teste-reteste), possível com a reaplicação do questionário a 30 mulheres. A comparação dos resultados revelou um elevado coeficiente de correlação intraclasse global (0,91) e para cada uma das dimensões do instrumento (Tabela 9). Apesar de aceitável, a subescala “abordagem” apresentou o nível de concordância mais baixo (ICC 0,73).

Tabela 9. Fiabilidade da versão portuguesa do QPCQ

Dimensão	Número de Itens	ICC ¹	IC ² 95%	alfa de Cronbach
Partilha de informação	9	0,87	0,73-0,94	0,89
Orientação futura	11	0,89	0,79-0,96	0,82
Disponibilidade de tempo	5	0,91	0,81-0,96	0,79
Abordagem	4	0,73	0,44-0,87	0,74
Disponibilidade	5	0,87	0,73-0,94	0,82
Apoio e respeito	12	0,92	0,84-0,96	0,93
QPCQ Total	46	0,91	0,82-0,96	0,96

¹ Coeficiente de correlação intraclasse; ² Intervalo de confiança

O estudo da homogeneidade dos itens também foi efetuado através da correlação entre cada item e a subescala a que pertence (Tabela 10). Os itens da subescala “orientação futura” apresentaram as intensidades de correlação menos intensas, com o item “*Eu estive inserida em programas da comunidade que me foram úteis*” a apresentar mesmo uma correlação fraca ($r=0,35$). Os itens da dimensão “disponibilidade” apresentaram as correlações mais elevadas. Apesar de apresentar uma correlação item-subescala aceitável, a dimensão “abordagem” revelou o coeficiente de correlação subescala-QPCQ total mais reduzido (0,6).

Tabela 10. Correlação item-subescala e subescala-QPCQ total

Dimensão	Número de Itens	Correlação item-subescala*	Correlação subescala-QPCQ total*
Partilha de informação	9	0,62-0,84	0,92
Orientação futura	11	0,35-0,76	0,84
Disponibilidade de tempo	5	0,63-0,85	0,87
Abordagem	4	0,70-0,80	0,6
Disponibilidade	5	0,71 -0,84	0,85
Apoio e respeito	12	0,65-0,81	0,95

*Coeficiente de correlação de Pearson

2.5.2. VALIDADE

A **validade de conteúdo** foi assegurada, tal como foi descrito anteriormente, recorrendo a juízos de painéis de mulheres com perfil semelhante às mulheres da população estudada e de peritos na matéria em estudo. A maioria das alterações sugeridas (frequentemente, minor) foram tidas em conta e efetuadas.

O estudo da **validade de construção** baseou-se na análise das relações lógicas entre determinadas variáveis e as pontuações médias do QPCQ e de cada uma das dimensões. Para tal, foram testadas algumas hipóteses previamente definidas, com análise de variáveis sociodemográficas e clínicas. Em determinadas avaliações, houve necessidade de recodificar variáveis.

H1: Existe relação entre o grau de qualidade percebida nos cuidados de saúde pré-natais e os fatores sociodemográficos.

Por forma a analisar melhor a associação “idade” e “qualidade percebida nos cuidados pré-natais”, optámos por recodificar aquela variável. A comparação das médias foi efetuada com a análise de variância One-Way ANOVA.

Na tabela 11 pode verificar-se que, embora não significativa, existe uma tendência para, no seu global, as mulheres mais velhas apresentarem uma perceção de qualidade de cuidados pré-natais superior. Esta tendência foi significativa somente para a dimensão “abordagem” ($p=0,02$), onde foi notória a maior divergência entre os grupos dos extremos etários (post hoc $p=0,02$), com mulheres mais velhas a pontuarem melhor a qualidade dos cuidados pré-natais.

Tabela 11. Comparação da percepção da qualidade dos cuidados consoante a idade

Dimensão	N	Média	Desvio Padrão	F	Sig.
Partilha de informação	264	4,27	0,49	0,01	0,99
1. <30 anos	74	4,27	0,46		
2. 30-35 anos	117	4,28	0,49		
3. > 35 anos	73	4,27	0,55		
Orientação futura	264	3,85	0,54	0,27	0,76
1. <30 anos	74	3,82	0,51		
2. 30-35 anos	117	3,88	0,53		
3. > 35 anos	73	3,85	0,57		
Disponibilidade de tempo	264	4,15	0,54	1,27	0,28
1. <30 anos	74	4,07	0,48		
2. 30-35 anos	117	4,16	0,58		
3. > 35 anos	73	4,21	0,54		
Abordagem	264	4,24	0,70	4,01	0,02*
1. <30 anos	74	4,09	0,78		
2. 30-35 anos	117	4,21	0,72		
3. > 35 anos	73	4,41	0,55		
Disponibilidade	264	4,06	0,61	0,26	0,78
1. <30 anos	74	4,02	0,53		
2. 30-35 anos	117	4,09	0,63		
3. > 35 anos	73	4,04	0,66		
Apoio e respeito	264	4,19	0,51	0,24	0,79
1. <30 anos	74	4,18	0,44		
2. 30-35 anos	117	4,17	0,54		
3. > 35 anos	73	4,22	0,53		
QPCQ Total	264	4,11	0,47	0,35	0,71
1. <30 anos	74	4,08	0,41		
2. 30-35 anos	117	4,12	0,49		
3. > 35 anos	73	4,14	0,49		

F - F-ratio; Sig. - Significância; * Associação Significativa

A análise das hipóteses relativas à situação familiar e situação profissional foi efetuada através da comparação de médias de duas amostras independentes, com o teste t de student. A homogeneidade de variâncias foi pesquisada com o teste de Levene.

Quanto à situação familiar, ao dividirmos as mulheres da amostra nas classes “casadas” (com ou sem registo) ou “não casadas”, apesar de uma tendência para que o primeiro grupo apresentasse uma maior percepção de

qualidade dos cuidados pré-natais prestados, não houve significância estatística no global ou em qualquer uma das suas dimensões (Tabela 12).

Tabela 12. Comparação da percepção da qualidade dos cuidados consoante a situação familiar

Dimensão	N	Média	Desvio Padrão	t	Sig.
Partilha de informação	264	4,27	0,49	0,45	0,66
1. Casada	225	4,28	0,52		
2. "Não casada"	39	4,24	0,43		
Orientação futura	264	3,85	0,54	1,07	0,28
1. Casada	225	3,87	0,54		
2. "Não casada"	39	3,77	0,48		
Disponibilidade de tempo	264	4,15	0,54	1,29	0,20
1. Casada	225	4,17	0,54		
2. "Não casada"	39	4,04	0,57		
Abordagem	264	4,24	0,70	1,09	0,27
1. Casada	225	4,26	0,69		
2. "Não casada"	39	4,12	0,79		
Disponibilidade	264	4,06	0,61	0,92	0,36
1. Casada	225	4,07	0,62		
2. "Não casada"	39	3,97	0,54		
Apoio e respeito	264	4,19	0,51	0,71	0,42
1. Casada	225	4,19	0,52		
2. "Não casada"	39	4,14	0,43		
QPCQ Total	264	4,11	0,47	1,03	0,31
1. Casada	39	4,12	0,48		
2. "Não casada"	225	4,04	0,42		

t - teste t-student; Sig. - Significância

De igual forma, e quando analisada a relação com a situação profissional ("ativa" versus "não ativa"), apesar das médias se revelarem mais elevadas em mulheres ativas (quer para o QPCQ total, quer para todas as suas dimensões), tal tendência não foi estatisticamente significativa (Tabela 13). Incluíram-se no grupo "não ativa" todos os dados de mulheres "reformadas/aposentadas", "desempregadas", "estudantes" e "outras".

Tabela 13 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados consoante a situação profissional

Dimensão	N	Média	Desvio Padrão	t	Sig.
Partilha de informação	264	4,27	0,49	0,36	0,72
1. Ativa	204	4,28	0,48		
2. Não ativa	60	4,25	0,56		
Orientação futura	264	3,85	0,54	0,17	0,87
1. Ativa	204	3,86	0,53		
2. Não ativa	60	3,84	0,57		
Disponibilidade de tempo	264	4,15	0,54	1,21	0,23
1. Ativa	204	4,17	0,53		
2. Não ativa	60	4,07	0,59		
Abordagem	264	4,24	0,70	0,76	0,45
1. Ativa	204	4,25	0,69		
2. Não ativa	60	4,18	0,72		
Disponibilidade	264	4,06	0,61	0,56	0,58
1. Ativa	204	4,07	0,59		
2. Não ativa	60	4,02	0,67		
Apoio e respeito	264	4,19	0,51	0,65	0,52
1. Ativa	204	4,20	0,49		
2. Não ativa	60	4,15	0,56		
QPCQ Total	264	4,11	0,47	0,64	0,52
1. Ativa	204	4,12	0,46		
2. Não ativa	60	4,08	0,51		

t - teste t-student; Sig. - Significância

A avaliação da relação do grau de ensino com a qualidade percebida dos cuidados pré-natais foi realizada após recodificação da variável “grau de ensino” nas classes “inferior a básico” (classe sem mulheres), “básico”, “secundário e médio” e “superior”, sendo a comparação das médias efetuada com a análise de variância One-Way ANOVA.

A análise da relação do grau de ensino com a qualidade percebida dos cuidados pré-natais revelou-se estatisticamente significativa apenas para a dimensão “abordagem” onde os testes *post hoc* identificaram que as mulheres com ensino superior pontuaram melhor a qualidade do que as mulheres com o ensino básico. Exceto na dimensão “orientação futura”, foi visível a tendência que sublinha que as utilizadoras com menor grau de ensino pontuam, em média, pior (Tabela 14).

Tabela 14. Comparação da percepção da qualidade dos cuidados consoante o grau de ensino

Dimensão	N	Média	Desvio Padrão	F	Sig.
Partilha de informação	264	4,27	0,49	0,86	0,43
1. Básico	58	4,22	0,49		
2. Secundário e Médio	77	4,31	0,51		
3. Superior	129	4,27	0,50		
Orientação futura	264	3,85	0,54	0,76	0,47
1. Básico	58	3,91	0,49		
2. Secundário e Médio	77	3,88	0,57		
3. Superior	129	3,81	0,53		
Disponibilidade de tempo	264	4,15	0,54	1,83	0,16
1. Básico	58	4,07	0,52		
2. Secundário e Médio	77	4,10	0,45		
3. Superior	129	4,21	0,59		
Abordagem	264	4,24	0,70	5,07	0,007*
1. Básico	58	4,03	0,80		
2. Secundário e Médio	77	4,18	0,71		
3. Superior	129	4,36	0,62		
Disponibilidade	264	4,06	0,61	1,06	0,35
1. Básico	58	3,99	0,58		
2. Secundário e Médio	77	4,01	0,60		
3. Superior	129	4,11	0,63		
Apoio e respeito	264	4,19	0,51	1,21	0,30
1. Básico	58	4,14	0,63		
2. Secundário e Médio	77	4,15	0,47		
3. Superior	129	4,24	0,52		
QPCQ Total	264	4,11	0,47	0,74	0,48
1. Básico	58	4,07	0,47		
2. Secundário e Médio	77	4,09	0,45		
3. Superior	129	4,15	0,48		

F - F-ratio; Sig. - Significância; * Associação Significativa

Nota: Categoria "inferior a básico" sem mulheres

H2: O grau de qualidade percebida nos cuidados de saúde pré-natais correlaciona-se com as características clínicas.

A análise da associação da qualidade dos cuidados pré-natais recebidos com as variáveis clínicas foi efetuada com o teste *t* para comparação de médias, na avaliação da paridade e do risco da gravidez. Na avaliação inerente ao local de

vigilância de gravidez foi utilizada a análise de variância One-Way ANOVA para comparação de médias.

Quando avaliada a relação dos antecedentes obstétricos com a percepção da qualidade dos cuidados pré-natais, as mulheres que iam ter o seu primeiro parto, quer fosse esta a primeira gravidez ou não, pontuaram, em média, pior a qualidade dos cuidados recebidos. Conforme é demonstrado na tabela 15, apesar desta tendência, a associação só foi estatisticamente significativa para a dimensão “disponibilidade” ($p=0,04$).

Tabela 15. Comparação da percepção da qualidade dos cuidados consoante a paridade

Dimensão	N	Média	Desvio Padrão	t	Sig.
Partilha de informação	264	4,27	0,49	1,09	0,28
1. Primíparas/Múltiparas	227	4,29	0,50		
2. Nulíparas	36	4,19	0,47		
Orientação futura	264	3,85	0,54	0,69	0,49
1. Primíparas/Múltiparas	227	3,86	0,54		
2. Nulíparas	36	3,79	0,49		
Disponibilidade de tempo	264	4,15	0,54	0,84	0,40
1. Primíparas/Múltiparas	227	4,16	0,55		
2. Nulíparas	36	4,08	0,47		
Abordagem	264	4,24	0,70	1,34	0,18
1. Primíparas/Múltiparas	227	4,26	0,68		
2. Nulíparas	36	4,09	0,79		
Disponibilidade	264	4,06	0,61	2,06	0,04*
1. Primíparas/Múltiparas	227	4,09	0,61		
2. Nulíparas	36	3,86	0,57		
Apoio e respeito	264	4,19	0,51	1,12	0,26
1. Primíparas/Múltiparas	227	4,20	0,51		
2. Nulíparas	36	4,10	0,45		
QPCQ Total	264	4,11	0,47	1,30	0,19
1. Primíparas/Múltiparas	227	4,13	0,47		
2. Nulíparas	36	4,02	0,42		

t - teste t-student; Sig. - Significância; * Associação Significativa

O facto de a gravidez ser classificada como “de risco” não alterou a percepção da qualidade dos cuidados pré-natais no QPCQ global ou em qualquer uma das suas dimensões (Tabela 16).

Tabela 16 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados consoante o risco da gravidez

Dimensão	N	Média	Desvio Padrão	t	Sig.
Partilha de informação	264	4,27	0,49	-0,18	0,86
1. Risco	80	4,64	0,55		
2. Sem risco	184	4,28	0,48		
Orientação futura	264	3,85	0,54	-1,15	0,25
1. Risco	80	3,79	0,55		
2. Sem risco	184	3,88	0,53		
Disponibilidade de tempo	264	4,15	0,54	0,47	0,63
1. Risco	80	4,17	0,52		
2. Sem risco	184	4,14	0,56		
Abordagem	264	4,24	0,70	1,79	0,07
1. Risco	80	4,35	0,59		
2. Sem risco	184	4,19	0,74		
Disponibilidade	264	4,06	0,61	-0,17	0,86
1. Risco	80	4,05	0,65		
2. Sem risco	184	4,06	0,59		
Apoio e respeito	264	4,19	0,51	0,24	0,81
1. Risco	80	4,20	0,52		
2. Sem risco	184	4,19	0,51		
QPCQ Total	264	4,11	0,49	-0,01	0,99
1. Risco	80	4,11	0,49		
2. Sem risco	184	4,11	0,46		

t - teste t-student; Sig. - Significância

Quando avaliado o peso do local da vigilância da gravidez na percepção da qualidade dos cuidados pré-natais, foi evidente uma avaliação mais favorável por parte das mulheres com vigilância conjunta e, mais ainda, com vigilância exclusiva em instituições privadas (Tabela 17). Quando utilizados testes post hoc para identificar os pares divergentes, a diferença revelou-se estatisticamente significativa quando comparados os grupos “público” e “privado”, para o QPCQ total e para todas as dimensões exceto para a “abordagem”. A “disponibilidade” e “disponibilidade de tempo” constituíram as dimensões com maiores divergências na avaliação, quando comparada a vigilância da gravidez no sector público e privado ($p < 0,001$; $p = 0,007$).

Tabela 17. Comparação da percepção da qualidade dos cuidados consoante o local de vigilância da gravidez

Dimensão	N	Média	Desvio Padrão	F	Sig.
Partilha de informação	264	4,27	0,49	3,08	0,04*
1. Público	216	4,25	0,49		
2. Privado	23	4,52	0,54		
3. Público e Privado	25	4,26	0,42		
Orientação futura	264	3,85	0,54	3,33	0,04*
1. Público	216	3,83	0,54		
2. Privado	23	4,13	0,52		
3. Público e Privado	25	3,85	0,46		
Disponibilidade de tempo	264	4,15	0,54	5,04	0,007*
1. Público	216	4,12	0,52		
2. Privado	23	4,49	0,62		
3. Público e Privado	25	4,12	0,61		
Abordagem	264	4,24	0,70	1,99	0,14
1. Público	216	4,21	0,52		
2. Privado	23	4,51	0,69		
3. Público e Privado	25	4,25	0,71		
Disponibilidade	264	4,06	0,61	10,2	<0,001*
1. Público	216	3,99	0,59		
2. Privado	23	4,55	0,55		
3. Público e Privado	25	4,19	0,60		
Apoio e respeito	264	4,19	0,51	4,56	0,01*
1. Público	216	4,16	0,50		
2. Privado	23	4,49	0,55		
3. Público e Privado	25	4,16	0,46		
QPCQ Total	264	4,11	0,47	5,64	0,004*
1. Público	216	4,08	0,46		
2. Privado	23	4,42	0,48		
3. Público e Privado	25	4,11	0,44		

F - F-ratio; Sig. - Significância; * Associação Significativa

A **validade de critério** foi assegurada pela associação entre os resultados do questionário em estudo e os de uma referência externa. O questionário usado como medida de critério, já descrito anteriormente, inclui nove questões, sete das quais representando dimensões avaliadas no questionário europeu Europep.

H3: Existe relação entre a qualidade percebida nos cuidados de saúde pré-natais e a satisfação com os mesmos.

Para esta análise, consideraram-se mais satisfeitas as mulheres com média de satisfação entre 4 e 5 valores. Como apresentado na tabela 18, a comparação de médias de amostras independentes (*t student*) revelou que as mulheres mais satisfeitas apresentaram uma mais elevada percepção de qualidade, significativo para todas as dimensões e para o total do instrumento ($p < 0,001$).

Tabela 18. Relação da percepção da qualidade dos cuidados com o grau de satisfação

Dimensão	N	Média	Desvio Padrão	t	Sig.
Partilha de informação	264	4,27	0,49	-9,68	<0,001*
1. Menor satisfação	102	3,95	0,44		
2. Maior satisfação	162	4,75	0,42		
Orientação futura	264	3,85	0,54	-8,43	<0,001*
1. Menor satisfação	102	3,54	0,49		
2. Maior satisfação	162	4,05	0,47		
Disponibilidade de tempo	264	4,15	0,54	-8,53	<0,001*
1. Menor satisfação	102	3,83	0,49		
2. Maior satisfação	162	4,35	0,47		
Abordagem	264	4,24	0,70	-5,15	<0,001*
1. Menor satisfação	102	3,97	0,68		
2. Maior satisfação	162	4,40	0,67		
Disponibilidade	264	4,06	0,61	-8,73	<0,001*
1. Menor satisfação	102	3,69	0,57		
2. Maior satisfação	162	4,29	0,52		
Apoio e respeito	264	4,19	0,51	-9,68	<0,001*
1. Menor satisfação	102	3,86	0,44		
2. Maior satisfação	162	4,39	0,43		
QPCQ Total	264	4,11	0,47	-10,51	<0,001*
1. Menor satisfação	102	3,79	0,40		
2. Maior satisfação	162	4,31	0,39		

t - teste t-student; Sig. - Significância; * Associação Significativa

H4: O grau de qualidade percebida nos cuidados de saúde pré-natais correlaciona-se com as atitudes geradas.

Para esta análise, considerou-se que “recomendariam”, as mulheres que responderam a esta questão com “Concordo muito” ou “Concordo”. Duma forma global, as mulheres com resultados mais elevados na perceção da qualidade mais frequentemente recomendariam a instituição. Para as dimensões “orientação futura” e “apoio e respeito”, a relação não foi estatisticamente significativa (Tabela 19).

Tabela 19. Relação da perceção da qualidade dos cuidados com atitudes - “Recomendaria”

Dimensão	N	Média	Desvio Padrão	t	Sig.
Partilha de informação	264	4,27	0,49	-2,14	0,03*
1. Não recomendaria	18	4,03	0,57		
2. Recomendaria	246	4,29	0,49		
Orientação futura	264	3,85	0,54	-1,50	0,25
1. Não recomendaria	18	3,67	0,69		
2. Recomendaria	246	3,87	0,52		
Disponibilidade de tempo	264	4,15	0,54	-4,80	0,002*
1. Não recomendaria	18	3,58	0,69		
2. Recomendaria	246	4,19	0,51		
Abordagem	264	4,24	0,70	-4,89	0,004*
1. Não recomendaria	18	3,49	1,00		
2. Recomendaria	246	4,29	0,65		
Disponibilidade	264	4,06	0,61	-3,54	0,08*
1. Não recomendaria	18	3,57	0,82		
2. Recomendaria	246	4,09	0,58		
Apoio e respeito	264	4,19	0,51	-2,96	0,05
1. Não recomendaria	18	3,85	0,73		
2. Recomendaria	246	4,22	0,48		
QPCQ Total	264	4,11	0,47	-3,44	0,02*
1. Não recomendaria	18	3,75	0,64		
2. Recomendaria	246	4,14	0,44		

t - teste t-student; Sig. - Significância; * Associação Significativa

Quanto à atitude “Voltaria”, foi utilizada a mesma forma de codificação que para a questão anterior, considerando que voltariam as mulheres que responderam com “Concordo muito” ou “Concordo”. Quando analisada a relação

entre esta atitude e a percepção da qualidade dos cuidados pré-natais (Tabela 20), foi notória a melhor avaliação da qualidade em mulheres com vontade de voltar. Apenas para a dimensão “orientação futura”, esta relação não foi estatisticamente significativa ($p=0,06$).

Tabela 20. Relação da percepção da qualidade dos cuidados com atitudes - “Voltaria”

Dimensão	N	Média	Desvio Padrão	t	Sig.
Partilha de informação	264	4,272	0,49	-2,36	0,02*
1. Não voltaria	28	4,06	0,48		
2. Voltaria	236	4,29	0,49		
Orientação futura	264	3,85	0,54	-1,88	0,06
1. Não voltaria	28	3,68	0,59		
2. Voltaria	236	3,88	0,53		
Disponibilidade de tempo	264	4,15	0,54	-4,47	<0,001*
1. Não voltaria	28	3,73	0,65		
2. Voltaria	236	4,19	0,51		
Abordagem	264	4,24	0,70	-5,01	<0,001*
1. Não voltaria	28	3,63	0,86		
2. Voltaria	236	4,31	0,65		
Disponibilidade	264	4,06	0,61	-3,58	<0,001*
1. Não voltaria	28	3,67	0,73		
2. Voltaria	236	4,10	0,58		
Apoio e respeito	264	4,19	0,51	-2,98	0,003*
1. Não voltaria	28	3,92	0,62		
2. Voltaria	236	4,22	0,49		
QPCQ Total	264	4,11	0,47	-3,58	<0,001*
1. Não voltaria	28	3,82	0,55		
2. Voltaria	236	4,15	0,45		

t - teste t-student; Sig. - Significância; * Associação Significativa

3. DISCUSSÃO

Numa perspetiva de cuidados centrados na pessoa, medir a perceção da qualidade dos utilizadores com os cuidados de saúde constitui uma oportunidade para que aqueles participem na construção de um serviço de saúde mais adaptado às suas necessidades e expectativas. Especificamente na área da obstetrícia, tanto quanto os autores têm conhecimento, não existe em Portugal qualquer instrumento que permita avaliar a perceção da qualidade dos cuidados pré-natais. Com o objetivo de colmatar esta lacuna, sublinhando a centralidade do utilizador no sistema de saúde, propusemo-nos a adaptar culturalmente e validar um instrumento que permitisse conhecer a opinião das utilizadoras de cuidados de saúde pré-natais - o Quality of Prenatal Care Questionnaire.

O processo de tradução e adaptação cultural culminou no desenvolvimento da versão portuguesa do QPCQ, tendo sido aplicados questionários a 264 mulheres.

Na amostra em estudo, a idade média foi de 32,3 anos, com 73 mulheres com 36 ou mais anos (Tabela 3). Com uma mediana de 33 anos, esta é uma amostra envelhecida, seguindo a tendência nacional (e mundial) que revela mulheres a engravidarem cada vez mais tarde (INE, 2017).

Como seria de prever, por estarmos perante um estudo em grávidas, a grande maioria das mulheres (85%) era casada ou em união de facto.

A percentagem de mulheres desempregadas na nossa amostra (20,4%) ultrapassou muito os números esperados, tendo em conta a taxa de desemprego a nível nacional e, especificamente, na região Centro (IEFP, 2017). A análise por classes etárias identificou uma taxa de desemprego muito superior no grupo “inferior a 30 anos” (31,1%) quando comparado com os restantes grupos. O peso da taxa de desemprego neste grupo será, em parte, responsável pela taxa global da amostra, refletindo o flagelo do desemprego jovem.

Relativamente às habilitações literárias, a maioria (96,6%) completou, pelo menos, o 3º ciclo do ensino básico, com quase metade da amostra (48,9%) tendo concluído formação superior.

Quando comparados com os dados sociodemográficos das amostras utilizadas nas versões já validadas do QPCQ no Canadá (Heaman et al., 2014), na Austrália (Sword et al., 2015a) e em França (Sword et al., 2015b), os nossos

resultados divergem predominantemente quanto à idade, apresentando, aquelas amostras, idades médias de 30 anos. A amostra francesa, especificamente, incluiu mulheres com formação académica mais elevada, sendo que apenas 10% não frequentou o ensino superior.

A breve análise dos antecedentes obstétricos das mulheres da nossa amostra (Tabela 4) vai ao encontro da tendência populacional atual, com o presente índice de fecundidade a não garantir a renovação das gerações e sendo, portanto, um ponto de extrema importância na origem do envelhecimento da população (UN, 2017).

Quanto à vigilância da gravidez, 82% das nossas mulheres teve acompanhamento apenas no serviço público. Este perfil de local de vigilância da gravidez é o expectável na Região Centro, onde a assistência prestada pelas instituições do Serviço Nacional de Saúde, particularmente na área da obstetrícia, permite uma resposta atempada e adequada. A este ponto associa-se a ainda escassa oferta de serviços privados de obstetrícia na região.

Quando comparado o perfil de vigilância da gravidez das nossas mulheres com as amostras utilizadas para a validação das versões canadiana e francesa, vemos que nestas são reportados cuidados mais frequentes em serviços privados (39% e 24%). Pelo contrário, só 9% da amostra envolvida no estudo australiano vigiou a gravidez em serviços privados.

Oitenta respondentes (30,3%) consideraram ter uma gestação de risco, apontando mais frequentemente os motivos “*Diabetes Gestacional*”, “*gravidez múltipla*” e “*estados hipertensivos da gravidez*” (Tabela 5). Aquando desta avaliação, foi possível perceber que vários motivos de risco da gravidez não o eram verdadeiramente (exemplo: profissão). Optou-se por não alterar esta classificação, sob pena desta correção vir a interferir nos resultados da análise do questionário a validar. Efetivamente, o facto das mulheres “considerarem” a sua gravidez como “de risco” poderia associar-se a maior exigência com os cuidados pré-natais.

Apesar de figurar como objetivo secundário, este trabalho permitiu determinar a perceção global das mulheres acerca da qualidade dos seus cuidados pré-natais. Os resultados permitiram identificar uma perceção da qualidade dos cuidados pré-natais globalmente boa, com um score médio de 4,11 em 5 (Tabela 6). Esta perceção favorável da qualidade dos cuidados pré-natais, e

obstétricos em geral, tem sido identificada em estudos anteriores como os de Galle e colaboradores (2015) ou os de McDonald (2014). Van Teijlingen (2003) sugere que aqui, mais do que noutras áreas da saúde, o viés da gratidão será relevante nos resultados da satisfação e perceção da qualidade dos cuidados.

Embora muito uniforme, a perceção da qualidade dos cuidados pré-natais foi mais reduzida na dimensão “Orientação futura” (Tabela 7). Os resultados mostraram uma melhor avaliação da qualidade nas dimensões “Partilha de informação” e “Abordagem”. Esta análise realizada pelas mulheres, relativamente aos seus cuidados pré-natais, foi semelhante à encontrada na versão original (canadiana) e australiana do QPCQ. A versão francesa apresentou médias superiores em todas as dimensões (Tabela 21). Esta melhor perceção da qualidade foi justificada pelo grupo como sendo resultante do superior nível económico (parâmetro não avaliado no presente trabalho) e académico das mulheres estudadas. Esta associação também foi descrita por outros grupos (Erci e Ivanov, 2004; Bleich et al., 2009; Kandasamy, 2013).

Tabela 21. QPCQ: Scores médios das versões portuguesa, canadiana, australiana e francesa

Dimensões	Média Portuguesa	Média Canadiana	Média Australiana	Média Francesa
Partilha de informação	4,27	4,37	4,27	4,55
Orientação futura	3,85	3,84	3,84	4,07
Disponibilidade de tempo	4,14	4,16	4,13	4,32
Abordagem	4,23	4,22	4,17	4,63
Disponibilidade	4,05	4,18	4,10	4,38
Apoio e respeito	4,19	4,35	4,21	4,58
QPCQ Total	4,11	4,19	4,11	4,41

No nosso estudo, os itens pior pontuados na dimensão “Orientação futura” foram o 27 (*Eu estive inserida em programas da comunidade que me foram úteis*) e o 42 (*Foi-me dada informação adequada sobre depressão na gravidez*). Relativamente ao item 27, a questão já tinha sido levantada nas entrevistas cognitivas como sendo uma avaliação pouco adaptada à realidade nacional, não tendo um significado tão abrangente como noutros contextos. Os resultados podem ser, apenas, consequência desta dificuldade de resposta. A pontuação

média no item 42 (*Foi-me dada informação adequada sobre depressão na gravidez*) foi a mais baixa de todo o questionário e revela, claramente um ponto pouco focado pelos profissionais. Sendo a depressão pós-parto um problema de saúde mental grave e comum, afetando 13 a 19 % das mulheres nos meses que seguem o parto (O'Hara et al., 2013), será de todo o interesse a abordagem deste tema durante a gravidez.

Os baixos scores nos itens 2 (*Os meus prestadores de cuidados pré-natais deram-me opções para a minha experiência do parto*) e 13 (*Os meus prestadores de cuidados pré-natais dedicaram tempo a falar comigo sobre as minhas expectativas em relação ao trabalho de parto e parto*) mostram a necessidade de existir mais informação na área específica do parto. Provavelmente, e como também já foi referido aquando da descrição das entrevistas cognitivas, a substituição da palavra “deram-me” por “mostraram-me” no item 2, poderia ter tido impacto nas respostas a esta questão.

As sete questões que incluímos no questionário, adaptadas do Europep, permitiram avaliar a satisfação com os cuidados pré-natais para além de servirem de referência externa para a análise psicométrica do QPCQ. Relativamente aos grupos profissionais envolvidos, os enfermeiros mereceram as pontuações mais elevadas, ultrapassando ligeiramente a satisfação com os médicos. Os administrativos mereceram uma avaliação inferior. Esta tendência é notória em vários estudos, quer relacionados com a área dos cuidados pré-natais, como o de Nwaeze (2013) quer de outras áreas médicas, de que é exemplo o estudo nacional de (Ferreira e Raposo, 2015). Nas questões de avaliação da satisfação com os cuidados pré-natais, a “*acessibilidade*” e os “*serviços prestados*” foram as áreas de maior insatisfação, reforçando a necessidade de promover uma melhoria do desempenho no atendimento às grávidas (Gráfico 1).

A maioria das mulheres da amostra apresentou-se globalmente satisfeita com os cuidados e serviços prestados, com uma avaliação média de 4,0. Considerando as sete questões representativas das dimensões do Europep, 88% das mulheres pontuaram os cuidados como muito bons ou excelentes.

Quando colocadas perante a questão “*Recomendo fortemente esta Unidade de Saúde aos meus amigos*”, 93% das mulheres responderam “*concordo*” ou “*concordo muito*”. Reforçando a satisfação das mulheres com os cuidados prestados, perante a questão “*Não vejo qualquer razão para mudar para*

outra Unidade de Saúde”, cerca de 89% das mulheres revelaram concordar ou concordar muito com esta intenção (Tabela 8).

Focando-nos no objetivo principal do nosso estudo, a análise psicométrica do QPCQ foi sustentada:

1) na aferição da fiabilidade do teste, no sentido de perceber a sua coerência interna e a sua estabilidade temporal,

2) na aferição da sua validade (conteúdo, construção e critério), procurando obter a maior evidência de que, medindo o que se pretende medir, imprimimos autenticidade e significância aos resultados alcançados.

Na nossa investigação, a baixa percentagem de não respostas sugere uma elevada aceitabilidade do instrumento, sendo que a não progressão de respostas omissas indica que a extensão do questionário não cansou as respondentes.

A versão portuguesa do QPCQ apresentou uma aceitável coerência interna global, com um alfa de Cronbach de 0,96, muito semelhante às restantes versões validadas do instrumento (Tabela 22).

A avaliação do grau de estabilidade temporal foi conseguida através do teste de reprodutibilidade (teste-reteste), com a reaplicação do questionário a 30 mulheres. A comparação dos resultados revelou um elevado coeficiente de correlação intraclassa global (0,91) e para cada uma das dimensões do instrumento. A estabilidade temporal foi aferida apenas na versão original do QPCQ, tendo a nossa análise psicométrica revelado uma superior reprodutibilidade do instrumento.

Tabela 22. Fiabilidade das versões portuguesa, canadiana, australiana e francesa

Dimensões	Portuguesa		Canadiana		Australiana		Francesa	
	ICC ¹	α^2	ICC ¹	α^2	ICC ^{1,3}	α^2	ICC ^{1,3}	α^2
Partilha de informação	0,87	0,89	0,75	0,86	-	0,89	-	0,84
Orientação futura	0,89	0,82	0,76	0,85	-	0,88	-	0,88
Disponibilidade de tempo	0,91	0,79	0,76	0,81	-	0,83	-	0,61
Facilidade de abordagem	0,73	0,74	0,67	0,73	-	0,74	-	0,70
Disponibilidade	0,87	0,82	0,76	0,82	-	0,83	-	0,83
Apoio e respeito	0,92	0,93	0,74	0,92	-	0,95	-	0,92
QPCQ Total	0,91	0,96	0,81	0,96	-	0,97	-	0,97

¹ ICC = Coeficiente de correlação intraclassa; ² Alfa de Cronbach; ³ Teste não realizado

A homogeneidade dos itens também foi caracterizada pela correlação entre cada item e a subescala a que aquele pertence (Tabela 10). Os itens da subescala “*orientação futura*” apresentaram as intensidades de correlação menos fortes. O facto desta dimensão conter 11 itens, que avaliam “orientações futuras” acerca de assuntos muito distintos, vem revelar a provável falta de uniformidade na abordagem dos mesmos pelos profissionais de saúde. Especificamente no que diz respeito ao item “*Eu estive inserida em programas da comunidade que me foram úteis*”, este apresentou mesmo uma correlação fraca ($r=0,35$) com a subescala “*orientação futura*”. Este item já mereceu análise anterior relativamente à dificuldade de interpretação do mesmo no contexto nacional, sendo que, perante essa dificuldade, muitas mulheres terão optado por responder “não concordo nem discordo”.

Conforme verificado na tabela 10, apesar de apresentar uma correlação item-subescala aceitável, a dimensão “abordagem” revelou o coeficiente de correlação subescala-QPCQ total mais reduzido (0,6). Os autores questionam se o facto de todos os itens serem inversamente pontuados não pode ter dificultado a interpretação e influenciado as respostas.

Relativamente à análise da validade da versão portuguesa do QPCQ, os autores aferiram a validade de conteúdo, de construção e de critério. A validade de conteúdo foi assegurada, tal como foi referido anteriormente, recorrendo a juízos de painéis de mulheres com perfil semelhante às mulheres da população estudada e de peritos na matéria em estudo.

O estudo da validade de construção baseou-se na análise das relações entre determinadas variáveis sociodemográficas e clínicas e as pontuações médias do QPCQ e de cada uma das suas dimensões. Para tal, foram testadas algumas hipóteses previamente definidas.

Quando analisada a relação entre a idade das mulheres e a perceção da qualidade dos cuidados pré-natais (Tabela 11), as respondentes mais velhas apresentaram scores médios de perceção de qualidade mais elevados. No entanto, esta diferença só foi estatisticamente significativa para a dimensão “abordagem” ($p=0,02$), onde foi notória a maior divergência entre os grupos dos extremos etários, com mulheres mais velhas a pontuarem melhor a qualidade dos cuidados pré-natais.

Esta tendência associada à idade materna poderá resultar da experiência prévia e da diminuição das expectativas destas mulheres e vai ao encontro de outros estudos realizados na área da qualidade dos cuidados pré-natais, como os de Srivastava (2015) e van Teijlingen (2003).

Tanto a situação familiar (“casadas” versus “não casadas”), como a situação profissional (“ativa” versus “não ativa”), não revelaram associações estatisticamente significativas com a perceção da qualidade dos cuidados pré-natais (Tabelas 12 e 13). Também os estudos de Oladapo (2009) e Kambala (2015) não conseguiram atribuir significância a esta relação.

Na análise da relação do grau de ensino com a qualidade percebida dos cuidados pré-natais (Tabela 14), foi notório que as utilizadoras com menor grau de ensino pontuaram, em média, pior. No entanto, esta associação só se revelou estatisticamente significativa para a dimensão “abordagem” onde as mulheres com ensino superior pontuaram melhor do que as mulheres com o ensino básico. Esta associação já foi descrita em vários estudos, desde logo pelas autoras da versão francesa do QPCQ, mas também por outros grupos como os de Kandasamy (2013), Bleich (2009) e Erci (2004). Depreende-se o impacto da facilidade de comunicação/aconselhamento e da literacia em saúde na qualidade dos cuidados pré-natais (Schyve, 2007). Apesar deste aparente consenso, os estudos de Galle (2015) encontraram uma correlação em sentido oposto, que os autores justificam com o facto de mulheres com maior formação apresentarem maiores expectativas e, logo, maior insatisfação e perceção da qualidade.

A análise da associação entre a qualidade dos cuidados pré-natais recebidos e as variáveis clínicas foi efetuada com o teste t de student na avaliação da paridade e do risco da gravidez. Na avaliação inerente ao local de vigilância de gravidez foi utilizada a análise de variância One-Way ANOVA para comparação de médias.

Focando-nos nas hipóteses envolvendo variáveis clínicas, foi perceptível que mulheres que iam ter o seu primeiro parto pontuaram, em média, pior a qualidade dos cuidados recebidos (Tabela 15), embora só estatisticamente significativo para a dimensão “disponibilidade” ($p=0,04$). Esta constatação vai ao encontro da tendência descrita na literatura, tomando como exemplos os estudos de Srivastava (2015), Oladapo (2009) ou Erci (2004), que referem satisfação superior nas múltiparas. Os autores destes estudos justificam a diferença com o

facto de mulheres múltíparas apresentarem frequentemente expectativas inferiores, originando maior satisfação e perceção da qualidade dos cuidados.

O facto de a gravidez ser classificada como “de risco” não alterou a perceção da qualidade dos cuidados pré-natais no QPCQ global ou em qualquer uma das suas dimensões (Tabela 16). Não foram encontrados estudos sobre esta temática.

Quando avaliado o peso do local da vigilância da gravidez na perceção da qualidade dos cuidados pré-natais (Tabela 17), foi evidente uma avaliação mais favorável por parte das mulheres com vigilância privada quando comparadas com mulheres com vigilância pública, sendo a “disponibilidade” e “disponibilidade de tempo” as dimensões com maior divergência na avaliação ($p=0,000$; $p=0,007$). Estas conclusões também foram apresentadas nos estudos de Ramani e Radigan (2013) ou o grupo de Jallow (2012) que sugerem que os serviços privados possam estar associados a maior disponibilidade dos profissionais, menor tempo de espera e melhores condições das instalações. Já no estudo de Bleich (2009), aquando da avaliação da satisfação com os cuidados pré-natais, as conclusões foram opostas. Novamente, o peso relativo do fator “expectativa” pode ter influenciado estes resultados, sendo que mulheres vigiadas nos serviços privados podem esperar melhores serviços nomeadamente, porque são mais caros.

Com o objetivo de aferir a validade de critério, foi pesquisada a associação entre a média dos resultados do QPCQ e as questões baseadas no, já validado, Europep. Os resultados revelaram que as mulheres mais satisfeitas apresentaram também uma mais elevada perceção de qualidade (Tabela 18), significativo para todas as dimensões e para o total do instrumento. Esta relação veio confirmar uma das hipóteses propostas pelos autores. Na validação das versões canadiana, australiana e francesa do QPCQ foi constatada a mesma associação, apesar de serem utilizados dois instrumentos específicos na avaliação da satisfação com os cuidados pré-natais: o PESPC (Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care) e o PIPC (Prenatal Interpersonal Processes of Care). A inexistência de validação, em Portugal, para estes ou outros questionários de avaliação da perceção da qualidade dos cuidados pré-natais obrigou a que a escolha recaísse num instrumento de foro genérico – o Europep. Dado que, apesar de claramente interligados, satisfação e perceção de qualidade são conceitos distintos, seria de todo o interesse que a

referência externa fosse na área da percepção da qualidade em cuidados pré-natais.

Na última hipótese testada, em que se propunha que a percepção da qualidade influenciasse as atitudes, avaliaram-se as intenções de “recomendar” e “voltar” à instituição (Tabelas 19 e 20). Foi encontrada uma associação entre a intenção de “recomendar” e a qualidade percebida que só não foi estatisticamente significativa para as dimensões “orientação futura” e “apoio e respeito”. A atitude “voltaria” também foi influenciada pela percepção da qualidade dos cuidados pré-natais, excluindo-se a dimensão “orientação futura” que não revelou significância estatística ($p=0,06$). Para qualquer uma das atitudes geradas, foi encontrada uma associação estatisticamente significativa com o QPCQ total.

CONCLUSÃO

Tomando por base a investigação que desenvolvemos, surge a fase de apresentar as conclusões gerais mais relevantes, de modo a reunir as principais evidências empíricas e a responder aos objetivos do estudo.

Sustentado na importância da avaliação da qualidade dos cuidados de saúde pré-natais, com foco na centralidade no utilizador, constituiu objetivo central desta dissertação a adaptação cultural e linguística do questionário Quality of Prenatal Care Questionnaire (QPCQ) para a população portuguesa, com a subsequente validação deste instrumento de medição. A revisão da literatura efetuada na primeira parte deste trabalho permitiu uma melhor compreensão da importância do tema – qualidade de cuidados pré-natais, contribuindo para a definição clara de objetivos secundários (relacionados com a análise da perceção da qualidade evidente na amostra) e para a fundamentação da discussão dos resultados obtidos.

Foram assegurados todos os princípios metodológicos nos processos de equivalência linguística e conceptual, bem como na análise psicométrica, tendo sido concluídas as etapas necessárias à adaptação cultural e à validação do instrumento QPCQ para Portugal.

A aplicação dos questionários a uma amostra de 264 grávidas e puérperas da Maternidade Daniel de Matos (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra) permitiu evidenciar as boas propriedades psicométricas da versão portuguesa do QPCQ.

Para aferir a fiabilidade recorremos à análise da coerência interna, que revelou coeficientes de alfa de Cronbach de 0,96 para o total da escala (0,74-0,93). O coeficiente de correlação intraclasse de 0,91 (0,73-0,92) e os satisfatórios coeficientes de correlação item-subescala e subescala-QPCQ total também reforçaram a boa fiabilidade do teste.

A análise da validade confirmou o bom desempenho do instrumento, estando os níveis de perceção da qualidade dos cuidados pré-natais diretamente relacionados com os níveis de satisfação (referência externa: Europep) e com as atitudes geradas (*Recomendar e Voltar*).

Os resultados da análise psicométrica da versão portuguesa do QPCQ foram ao encontro dos obtidos pelos autores da escala original, o que, tendo em conta a qualidade dos mesmos, permite sugerir que o instrumento possa ser utilizado com segurança em estudos futuros.

Apesar de ser uma amostra relativamente pequena, achamos pertinente referir outras conclusões que retirámos da análise das características das nossas mulheres e que constituem resposta aos nossos objetivos secundários.

A perceção global das mulheres acerca da qualidade dos seus cuidados pré-natais foi boa, com um score médio para o QPCQ total de 4,11, sendo a subescala “*Orientação Futura*” a que contribuiu mais para a insatisfação das utilizadoras. A dimensão “*Partilha de Informação*” apresentou, em média, os melhores resultados.

Apesar de apenas estatisticamente significativo para a dimensão “*Abordagem*”, as mulheres mais velhas apresentaram scores médios superiores na sua avaliação dos cuidados pré-natais. Também quando avaliado o grau de ensino, foi verificada a tendência para mulheres com maior literacia pontuarem melhor. A situação familiar, a situação profissional e o grau de risco da gravidez não influenciaram a perceção da qualidade dos cuidados. As mulheres que já tinham tido, pelo menos, um parto, pontuaram melhor no QPCQ, sendo uma associação com significância estatística para a dimensão “*Disponibilidade*”. Quando comparadas as mulheres com gestações vigiadas em serviços públicos com aquelas vigiadas em instituições privadas, foi evidente a tendência para que estas pontuassem melhor a qualidade dos cuidados pré-natais.

As questões utilizadas como referência externa serviram ainda para perceber uma boa satisfação global das mulheres com os cuidados pré-natais, sendo atribuído, entre as três classes de profissionais analisadas, um score médio superior aos enfermeiros e inferior aos administrativos. As áreas da “*Acessibilidade*” e dos “*Serviços Prestados*” obtiveram as piores avaliações.

No seu global, consideramos que o QPCQ, com as dimensões “*partilha de informação*”, “*orientação futura*”, “*disponibilidade de tempo*”, “*abordagem*”, “*disponibilidade*” e “*apoio e respeito*”, reflete elementos de uma boa qualidade de cuidados pré-natais, com foco na centralidade do utilizador.

No final desta investigação, julgamos ter contribuído para a adaptação e validação de um instrumento de auto-preenchimento único em Portugal, com características psicométricas que possibilitam a sua aplicação em mulheres grávidas, com mais de 36 semanas ou puérperas, no sentido de avaliar a qualidade dos cuidados pré-natais. Esta ferramenta de monitorização de qualidade nesta área específica possibilitará:

1) promover medidas no sentido da melhoria da prestação dos cuidados com impacto positivo nos resultados de saúde;

2) pesquisar associações entre a qualidade dos cuidados e variáveis como o local de vigilância da gravidez, resultados materno-fetais, comportamentos de saúde, etc.;

3) comparar a qualidade de cuidados pré-natais entre regiões, populações, modelos de cuidados de saúde distintos, etc.

Sugerimos que estudos futuros incluam a análise de amostras maiores, oriundas de populações distintas. Uma proposta de melhoria do questionário passaria pela eventual anulação do item 27 *“Eu estive inserida em programas da comunidade que me foram úteis”* e a reformulação do item 12 *“Alguém do consultório/Serviço dos meus prestadores de cuidados pré-natais devolveu-me sempre as chamadas”* no sentido de *“Alguém do consultório/Serviço dos meus prestadores de cuidados pré-natais devolveu-me sempre as chamadas ou esclareceu-me as dúvidas”*.

Da leitura dos resultados, torna-se evidente a necessidade de um esforço dos serviços de saúde no sentido de:

- Melhorar as condições de acessibilidade - a reestruturação dos serviços com o objetivo de facilitar o contacto telefónico com a instituição e de diminuir o tempo de espera;

- Melhorar os serviços prestados – a organização dos serviços tendo em vista a facilidade de horários de atendimento, o respeito na forma de contacto;

- Melhorar a forma de atendimento pelo pessoal administrativo (explicações fornecidas, competência, cortesia e carinho);

- Valorizar aspetos do domínio da “Orientação Futura”, de que são exemplo os esclarecimentos relativos à experiência do parto ou à depressão pós-parto;

- Valorizar aspetos interpessoais dos cuidados de saúde tendo em conta o impacto da gravidez na vida das mulheres e família.

Não poderíamos terminar este trabalho sem sublinhar algumas limitações encontradas. Entre as principais dificuldades percebidas no decurso deste trabalho, merece atenção o facto do questionário original ter sido construído para uma população distinta da portuguesa, com particularidades que podem não ser facilmente enquadráveis na nossa realidade, não só do ponto de vista da prática

clínica, mas também de cariz social. Disso são exemplo os itens 12 *“Alguém do consultório/Serviço dos meus prestadores de cuidados pré-natais devolveu-me sempre as chamadas”* (que em serviços públicos é facilmente resolvido com a transferência da chamada para um profissional que possa prestar esclarecimentos) e 27 *“Eu estive inserida em programas da comunidade que me foram úteis”* (realidade quase inexistente em Portugal).

Outra limitação importante desta investigação prendeu-se com o facto de não existir, em Portugal, um instrumento validado, apropriado para testar a validade da versão portuguesa do QPCQ. A versão canadiana e a australiana utilizaram questionários mais adequados, específicos para os cuidados pré-natais, o PESPC (Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care) e o PIPC (Prenatal Interpersonal Processes of Care). A versão francesa optou por utilizar apenas o PESP, ainda assim, não validado para francês. O nosso estudo decidiu incluir questões baseadas nas dimensões já validadas do Europep, mais genérico, mas que recentemente foi revisitado, tendo apresentado boas qualidades psicométricas na área da avaliação da satisfação com cuidados de saúde (Roque et al., 2016).

Por fim, também é importante sublinhar que o resultado da avaliação da qualidade nos cuidados pré-natais possa ter sido influenciado pelo efeito halo. Efetivamente, tendo em conta que as mulheres responderam ao questionário enquanto esperavam pelo atendimento em contexto de consulta ou após um procedimento/parto, pode ter sido desencadeada uma pressão inconsciente para avaliar os profissionais de uma forma mais positiva. Associadamente, é importante não esquecer o viés de gratidão frequentemente descrito quando se discutem os cuidados em saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alexander, G. R., & Kotelchuck, M. (2001). *Assessing the role and effectiveness of prenatal care: history, challenges, and directions for future research*. *Public Health Rep*, 116(4), 306-316. doi:10.1093/phr/116.4.306

APA, American Psychological Association (2009). *Criteria for the evaluation of quality improvement programs and the use of quality improvement data*. *Am Psychol*, 64(6), 551-557. doi:10.1037/a0016744

APHES: Associação Portuguesa de História Económica e Social. http://aphes32.cehc.iscte-iul.pt/docs/s27_1_pap.pdf [18 de Julho de 2017].

AUC: Arquivo da Universidade de Coimbra. *Processos de carta de curso*. www.uc.pt/auc/fundos/ficheiros/UC_ProcessosCartasCurso [12 de Julho de 2017].

Ayanian, J., Markel, H. (2016). *Donabedian's Lasting Framework for Health Care Quality*. *N Engl J Med*, 375(3), 205-207. doi:10.1056/NEJMp1605101

Beattie, M., Murphy, D. J., Atherton, I., et al. (2015). *Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: a systematic review*. *Syst Rev*, 4, 97. doi:10.1186/s13643-015-0089-0

Beeckman, K., Louckx, F., Masuy-Stroobant, G., et al. (2011). *The development and application of a new tool to assess the adequacy of the content and timing of antenatal care*. *BMC Health Serv Res*, 11, 213. doi:10.1186/1472-6963-11-213

Bennett, I., Switzer, J., Aguirre, A., et al. (2006). *'Breaking it down': patient-clinician communication and prenatal care among African American women of low and higher literacy*. *Ann Fam Med*, 4(4), 334-340. doi:10.1370/afm.548

Bleich, S. N., Ozaltin, E., Murray, C. K. (2009). *How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience?* *Bull World Health Organ*, 87(4), 271-278.

Blendon, R. J., Schoen, C., DesRoches, C., et al. (2003). *Common concerns amid diverse systems: health care experiences in five countries*. *Health Aff (Millwood)*, 22(3), 106-121.

Bollini, P., Quack-Lotscher, K. (2013). *Guidelines-based indicators to measure quality of antenatal care*. *J Eval Clin Pract*, 19(6), 1060-1066. doi:10.1111/jep.12027

Carneiro, A. (2010). *O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica*. *Rev Port Saúde Pública*, 10, 3-10.

Carneiro, M. (1998). *A parteira no contexto das artes de curar (séculos XV-XVIII)*. *População e Sociedade*, 4, 123-144.

Cecatti, J., & Serruya, S. (2005). *Atenção Pré-natal: de Ballantyne a Villar*. *Femina*, 33(8), 623-629.

CIHI, Canadian Institute for Health Information (2004). *Giving birth in Canada: providers of maternity and infant care*. Ontario.

Cleary, P. D., & McNeil, B. J. (1988). *Patient satisfaction as an indicator of quality care*. *Inquiry*, 25(1), 25-36.

Cruz, R., Caminha, M., & Filho, M. (2014). *Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal*. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 18(1), 87-94.

de Labrusse, C., Ramelet, A. S., Humphrey, T., et al. (2016). *Patient-centered Care in Maternity Services: A Critical Appraisal and Synthesis of the Literature*. *Womens Health Issues*, 26(1), 100-109. doi:10.1016/j.whi.2015.09.003

Debono, D., & Travaglia, J. (2009). *Complaints and patient satisfaction: A comprehensive review of the literature*. University of New South Wales, Center for Clinical Governace in Health, Australia.

Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., et al. (2007). *Listening to Mothers II: Report of the Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences: Conducted January-February 2006 for Childbirth Connection by Harris Interactive(R) in partnership with Lamaze International*. *J Perinat Educ*, 16(4), 15-17. doi:10.1624/105812407X244778

Exames ecográficos na gravidez de baixo risco, (2013a). Norma 23/2011 DGS.

Exames laboratoriais na gravidez de baixo risco, (2013b). Norma 37/2011 DGS.

DGS. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*.

Di Mario, S., Gori, G., & Spetolli, D. (2005). *What is the effectiveness of antenatal care?* . Copenhagen, Denmark.

Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment* (Vol. I): Ann Harbor, Health Press Administration.

Erci, B., Ivanov, L. (2004). *The relationship between women's satisfaction with prenatal care service and the characteristics of the pregnant women and the service*. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 9(1), 16-28.

Esperidião, M., Trad, L. (2006). *Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais*. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(6), 1267-1276.

Ferreira, M. (1947). *História da Medicina Portuguesa* (I. Nacional Ed.). Lisboa.

Ferreira, P., Antunes, P., Portugal, S. (2010). *O valor dos cuidados primários: perspectiva dos utilizadores das USF - 2009*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Ferreira, P., Luz, A., Valente, S., et al. (2001). *Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2, 53-61.

Ferreira, P., Raposo, V., & Godinho, P. (2005). *A voz dos utilizadores dos centros de saúde*. Instituto da Qualidade em Saúde. Lisboa.

Ferreira, P. L. (1999). *A voz dos doentes: satisfação com a medicina geral e familiar*. Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade. 1-57.DGS. Lisboa.

Ferreira, P. L., & Raposo, V. (2006). *A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação*. Rev Port Clin Geral, 22, 285-296.

Ferreira, P. L., & Raposo, V. (2015). *Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF e de uma amostra de UCSP - Relatório Final*. Retirado de http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Estudo_CSP.pdf [23 de Agosto de 2017].

Galle, A., Van Parys, A. S., Roelens, K., et al. (2015). *Expectations and satisfaction with antenatal care among pregnant women with a focus on vulnerable groups: a descriptive study in Ghent*. BMC Womens Health, 15, 112. doi:10.1186/s12905-015-0266-2.

Global Burden of Disease Study, C. (2015). *Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013*. Lancet, 386(9995), 743-800. doi:10.1016/S0140-6736(15)60692-4.

Handler, A., Rankin, K., Rosenberg, D., et al. (2012). *Extent of documented adherence to recommended prenatal care content: provider site differences and effect on outcomes among low-income women*. *Matern Child Health J*, 16(2), 393-405. doi:10.1007/s10995-011-0763-3.

Heaman, M. I., Sword, W., Elliott, L., et al. (2015). *Perceptions of barriers, facilitators and motivators related to use of prenatal care: A qualitative descriptive study of inner-city women in Winnipeg, Canada*. *SAGE Open Med*, 3, 2050312115621314. doi:10.1177/2050312115621314.

Heaman, M. I., Sword, W. A., Akhtar-Danesh, N., et al. (2014). *Quality of prenatal care questionnaire: instrument development and testing*. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14, 188. doi:10.1186/1471-2393-14-188.

Hespanhol, A. (2008). *Satisfação dos profissionais do Centro de Saúde São João (2007 e comparação com 2001 a 2006)*. *Rev Port Clin Geral*, 24(6), 665-670.

Hildingsson, I., Haines, H., Cross, M., et al. (2013). *Women's satisfaction with antenatal care: comparing women in Sweden and Australia*. *Women Birth*, 26(1), e9-e14. doi:10.1016/j.wombi.2012.06.002.

Hildingsson, I., Thomas, J. E. (2007). *Women's perspectives on maternity services in Sweden: processes, problems, and solutions*. *J Midwifery Womens Health*, 52(2), 126-133. doi:10.1016/j.jmwh.2006.10.023.

IEFP: Instituto de Emprego e Formação Profissional (2017). *Informação Mensal Mercado de Emprego*.

<https://www.iefp.pt/documents/10181/6817457/Informação+Mensal+julho+2017.pdf/ed8085ca-a4d1-4774-8c33-984f313b32cf> [31 de Agosto de 2017].

INE: Instituto Nacional de Estatística (2017). https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008215&contexto=bd&selTab=tab2 [13 de Agosto de 2017].

IOM: Institute of Medicine (1999). *To err is human: building a safer health system*. National Academy Press, 1-8.

IOM: Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington DC: The National Academies Press.

Jallow, I. K., Chou, Y. J., Liu, T. L., et al. (2012). *Women's perception of antenatal care services in public and private clinics in the Gambia*. *Int J Qual Health Care*, 24(6), 595-600. doi:10.1093/intqhc/mzs033.

Janssen, B., Therese, M. (2006). *Strengths and weaknesses of midwifery care from the perspective of women*. *Evidence Based Midwifery*, 4, 53-59.

John, J. (1992). *Patient satisfaction: the impact of past experience*. *J Health Care Mark*, 12(3), 56-64.

Kambala, C., Lohmann, J., Mazalale, J., et al. (2015). *How do Malawian women rate the quality of maternal and newborn care? Experiences and perceptions of women in the central and southern regions*. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15, 169. doi:10.1186/s12884-015-0560-x.

Kandasamy, M. (2013). *Do women's sociodemographic characteristics or type of prenatal care provider influence quality of prenatal care?* Msc thesis, McMaster University. <https://macsphere.mcmaster.ca/bitstream/11375/12942/1/fulltext.pdf> [31 de Agosto de 2017].

Kearns, A. D., Caglia, J. M., Ten Hoop-Bender, P., et al. (2016). *Antenatal and postnatal care: a review of innovative models for improving availability,*

accessibility, acceptability and quality of services in low-resource settings. BJOG, 123(4), 540-548. doi:10.1111/1471-0528.13818.

Klerman, L. V., Ramey, S. L., Goldenberg, R. L., et al. (2001). *A randomized trial of augmented prenatal care for multiple-risk, Medicaid-eligible African American women*. Am J Public Health, 91(1), 105-111.

Kogan, M. D., Alexander, G. R., Jack, B. W., et al. (1998). *The association between adequacy of prenatal care utilization and subsequent pediatric care utilization in the United States*. Pediatrics, 102(1 Pt 1), 25-30.

Linder-Pelz, S. (1982). *Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypothesis*. Soc Sci Med, 16(5), 583-589.

Machado, M. (2007). *Nascer no séc XXI - Ao encontro da Medicina*. Fundação Calouste Gulbenkian e Sociedade de ciências Médicas de Lisboa.

Matos, M., Soihet, R. (2003). *O corpo feminino em debate* (UNESP Ed.). São Paulo, Brasil.

McDonald, S. D., Sword, W., Eryuzlu, L. E., et al. (2014). *A qualitative descriptive study of the group prenatal care experience: perceptions of women with low-risk pregnancies and their midwives*. BMC Pregnancy Childbirth, 14, 334. doi:10.1186/1471-2393-14-334.

McGowan, Y., Humphries, N., Morgan, K., et al. (2011). *Defining quality of care in hospitals: A ten year systematic review of literature 2000-2010*. 47-60. Comissão Europeia. Grécia.

McMaster University University, M. (2017). Retrieved from <https://milo.mcmaster.ca/questionnaires/request-for-a-quality-of-prenatal-care-questionnaire-qpcq>

NHS. (2015). *Women's experiences of maternity care in England*. Care Quality Commission. NHS.

Nicolau, V., & Escoval, A. (2010). *Cidadão e comunidade: que relevância no processo de contratualização*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 95-103.

Novick, G. (2009). *Women's experience of prenatal care: na integrative review*. *J Midwifery Womens Health*, 54(3), 226-237. doi:10.1016/j.jmwh.2009.02.003.

Nwaeze, I., Enabor, O., Oluwasola, T. (2013). *Perception and satisfaction with quality of antenatal care services among pregnant women at the university college hospital, Ibadan, Nigeria*. *Ann Postgrad Med*, 11(1), 22-28.

O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). *Postpartum depression: current status and future directions*. *Annu Rev Clin Psychol*, 9, 379-407. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612.

Oladapo, O.T., Osiberu, M. O. (2009). *Do sociodemographic characteristics of pregnant women determine their perception of antenatal care quality?* *Matern Child Health J*, 13(4), 505-511. doi:10.1007/s10995-008-0389-2.

Omar, M. A., Schiffman, R. F., Bingham, C. R. (2001). *Development and testing of the patient expectations and satisfaction with prenatal care instrument*. *Res Nurs Health*, 24(3), 218-229.

OMS. (2016) *WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience*. Geneva.

OMS, UNICEF, UNFPA, et al. (2015). *Trends in maternal mortality: 1990-2015*. Geneva.

Palmer, L. (2016). *A retrospective on patient-centered care*. *MGMA Connex*, 16(2), 48.

Pedro, S., Ferreira, P. L., Mendes, J. (2010). *Aplicação de métodos estatísticos na avaliação da satisfação dos utentes com o internamento hospitalar*. Rev Encontros Científicos, 6, 175-189.

Pereira, M. (2001). *Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: um estudo piloto*. Psicologia, Saúde e Doenças, 2, 69-80.

Pisco, L., Biscaia, J. (2001). *Qualidade de cuidados de saúde primários*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2, 43-51.

PNS. (2015). *Plano Nacional de Saúde – Revisão e extensão a 2020, 2015*. DGS.

Ramani, V., Radigan, A. (2013). *Quality of prenatal care as it relates to the source of prenatal care*. International Journal of Medicine and Public Health, 3(4), 261-266.

Raube, K., Handler, A., Rosenberg, D. (1998). *Measuring satisfaction among low-income women: a prenatal care questionnaire*. Matern Child Health J, 2(1)25-33.

Rezende, J. (1962). *Obstetrícia*. Guadanabara Koogan.

Roosevelt, L. K., Holland, K. J., Hiser, J., et al. (2015). *Psychometric assessment of the Health Care Alliance Questionnaire with women in prenatal care*. J Health Psychol, 20(7), 1013-1024. doi:10.1177/1359105313506027.

Roque, H., Veloso, A., & Ferreira, P. (2016). *The Portuguese version of the EUROPEP questionnaire: contributions to the psychometric validation*. Rev Saude Publica, 50-61.

Ruiz-Mirazo, E., Lopez-Yarto, M., McDonald, S. D. (2012). *Group prenatal care versus individual prenatal care: a systematic review and meta-analyses*. J Obstet Gynaecol Can, 34(3), 223-229.

Sakala, C., Declercq, E. R., Corry, M. P. (2002). *Listening to Mothers: the first national U.S. survey of women's childbearing experiences*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 31(6), 633-634.

Sakellarides, C. (2003). Prefácio in *Satisfação dos Portugueses com os cuidados de saúde privados*. (Intituto do Consumidor Ed.). Lisboa.

Santana, P., & Vaz, A. (1999). *Os serviços de saúde e as mulheres*. 131-165. DGS. Lisboa.

Schive, P. M. (2007). *Language differences as a barrier to quality and safety in health care: the Joint Commission perspective*. J Gen Intern Med, 22 Suppl 2, 360-361. doi:10.1007/s11606-007-0365-3.

Serapioni, M. (2009). *Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional*. Revista Crítica de Ciências Sociais, 85, 65-82.

Serapioni, M. (2013). *Participação em saúde: entre limites e desafios, rumos e estratégias*. Rev Port Saúde Pública, 31(1), 11-22.

Silva, S. A., Costa, P. L., Costa, R., et al. (2013). *Meanings of quality of care: perspectives of Portuguese health professionals and patients*. Br J Health Psychol, 18(4), 858-873. doi:10.1111/bjhp.12031

Sim-Sim, M., Marques, M., Saruga, C. (2014). *The Patient Satisfaction Scale: Validation of a Portuguese Version in Women Receiving Obstetric Care*. Journal of Health Science, 529-537.

Sitzia, J., & Wood, N. (1997). *Patient satisfaction: a review of issues and concepts*. Soc Sci Med, 45(12), 1829-1843.

Sjetne, S., Iversen, H., Kjollesdal, G. (2015). *A questionnaire to measure women's experiences with pregnancy, birth and postnatal care: instrument development and assessment following a national survey in Norway*. BMC Pregnancy Childbirth, 15, 182. doi:10.1186/s12884-015-0611-3.

Smith, L. (2011). *The Kahun Gynaecological Papyrus: ancient Egyptian medicine*. J Fam Plann Reprod Health Care, 37(1), 54-55. doi:10.1136/jfprhc.2010.0019.

Srivastava, A., Avan, B. I., Rajbangshi, P., et al. (2015). *Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries*. BMC Pregnancy Childbirth, 15, 97. doi:10.1186/s12884-015-0525-0.

Sword, W. (2003). Prenatal care use among women of low income: a matter of "taking care of self". *Qual Health Res*, 13(3), 319-332. doi:10.1177/0095399702250128

Sword, W., Heaman, M., Biro, M. A., et al. (2015). *Quality of prenatal care questionnaire: psychometric testing in an Australia population*. BMC Pregnancy Childbirth, 15, 214. doi:10.1186/s12884-015-0644-7.

Sword, W., Heaman, M., Peterson, W. E., et al. (2015). *Psychometric Testing of the French Language Quality of Prenatal Care Questionnaire*. J Nurs Meas, 23(3), 436-451. doi:10.1891/1061-3749.23.3.436.

Sword, W., Heaman, M. I., Brooks, S., et al. (2012). *Women's and care providers' perspectives of quality prenatal care: a qualitative descriptive study*. BMC Pregnancy Childbirth, 12, 29. doi:10.1186/1471-2393-12-29.

Turan, J., Bulut, A. (2006). *The quality of hospital-based antenatal care in Istanbul*. Stud Fam Plann, 37(1),49-60.

Truijens, S., Pommer, A., van Runnard Heimeel, P. et al. (2014). Development of the Pregnancy and Childbirth Questionnaire (PCQ): evaluating quality of care as perceived by women who recently gave birth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 174, 35-40. doi:10.1016/j.ejogrb.2013.11.019

UN: United Nations (2017). *World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

van Teijlingen, E., Hundley, V., Rennie, A., et al. (2003). *Maternity satisfaction studies and their limitations: "What is, must still be best"*. *Birth*, 30(2), 75-82.

Waller, A., Bryant, J., Cameron, E., et al. (2016). *Women's perceptions of antenatal care: are we following guideline recommended care?* *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(1), 191. doi:10.1186/s12884-016-0984-y.

Ware, J., Snyder, K., Wright, W., et al. (1983). *Defining and measuring patient satisfaction with medical care*. *Eval Program Plann*, 6(3-4), 247-263.

Wheatley, R., Kelley, M., Peacock, N., et al. (2008). *Women's narratives on quality in prenatal care: a multicultural perspective*. *Qual Health Res*, 18(11), 1586-1598. doi:10.1177/1049732308324986.

White, D., Fraser-Lee, N. J., Tough, S., et al. (2006). *The content of prenatal care and its relationship to preterm birth in Alberta, Canada*. *Health Care Women Int*, 27(9), 777-792. doi:10.1080/07399330600880335.

Wiegers, T. A. (2009). *The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands*. *BMC Pregnancy Childbirth*, 9, 18. doi:10.1186/1471-2393-9-18.

Wild, D., Grove, A., Martin, M., et al. (2005). *Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes*

(PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Value Health, 8(2), 94-104. doi:10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x.

Wong, S. T., Korenbrot, C. C., Stewart, A. L. (2004). *Consumer assessment of the quality of interpersonal processes of prenatal care among ethnically diverse low-income women: development of a new measure.* Womens Health Issues, 14(4), 118-129. doi:10.1016/j.whi.2004.04.003.

Quality of Prenatal Care Questionnaire (QPCQ)

This questionnaire asks about the prenatal care you received from a physician, midwife, or other health care providers during your pregnancy. You might have seen more than one health care provider for your care but please think of the prenatal care you received **overall** when completing this questionnaire. Please read each statement carefully and indicate how much you agree or disagree with it by circling the appropriate number.

	Strongly Disagree	Disagree	Neither Agree nor Disagree	Agree	Strongly Agree
1. I had as much time with my prenatal care provider(s) as I needed	1	2	3	4	5
2. My prenatal care provider(s) gave me options for my birth experience	1	2	3	4	5
3. I was given adequate information about prenatal tests and procedures	1	2	3	4	5
4. I was given enough information to meet my needs about breastfeeding	1	2	3	4	5
5. My prenatal care provider(s) respected me	1	2	3	4	5
6. I was always given honest answers to my questions	1	2	3	4	5
7. My prenatal care provider(s) respected my knowledge and experience	1	2	3	4	5
8. My prenatal care provider(s) was rushed	1	2	3	4	5
9. I knew how to get in touch with my prenatal care provider(s)	1	2	3	4	5
10. My prenatal care provider(s) prepared me for my birth experience	1	2	3	4	5
11. Everyone involved in my prenatal care received the important information about me	1	2	3	4	5
12. Someone in my prenatal care provider(s)'s office always returned my calls	1	2	3	4	5
13. My prenatal care provider(s) spent time talking with me about my expectations for labour and delivery	1	2	3	4	5
14. My decisions were respected by my prenatal care provider(s)	1	2	3	4	5

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License.

©2013 Wendy Sword, Maureen Heaman, and the QPCQ Research Team
All Rights Reserved McMaster University



	Strongly Disagree	Disagree	Neither Agree nor Disagree	Agree	Strongly Agree
15. My prenatal care provider(s) was abrupt with me	1	2	3	4	5
16. I was given enough information about the safety of moderate exercise during pregnancy	1	2	3	4	5
17. I was screened adequately for potential problems with my pregnancy	1	2	3	4	5
18. My prenatal care provider(s) always had time to answer my questions	1	2	3	4	5
19. My prenatal care provider(s) was patient	1	2	3	4	5
20. I received adequate information about my diet during pregnancy	1	2	3	4	5
21. I was supported by my prenatal care provider(s) in doing what I felt was right for me	1	2	3	4	5
22. The results of tests were explained to me in a way I could understand	1	2	3	4	5
23. I was rushed during my prenatal care visits	1	2	3	4	5
24. My prenatal care provider(s) was interested in how my pregnancy was affecting my life	1	2	3	4	5
25. My prenatal care provider(s) supported me	1	2	3	4	5
26. My prenatal care provider(s) paid close attention when I was speaking	1	2	3	4	5
27. I was linked to programs in the community that were helpful to me	1	2	3	4	5
28. My prenatal care provider(s) made me feel like I was wasting their time	1	2	3	4	5
29. My concerns were taken seriously	1	2	3	4	5
30. My prenatal care provider(s) made time for me to talk	1	2	3	4	5

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License.

©2013 Wendy Sword, Maureen Heaman, and the QPCQ Research Team
All Rights Reserved McMaster University



	Strongly Disagree	Disagree	Neither Agree nor Disagree	Agree	Strongly Agree
31. I received adequate information about alcohol use during pregnancy	1	2	3	4	5
32. My prenatal care provider(s) was available when I had questions or concerns	1	2	3	4	5
33. My prenatal care provider(s) gave straightforward answers to my questions	1	2	3	4	5
34. I was in control of the decisions being made about my prenatal care	1	2	3	4	5
35. I could always reach someone in the office/clinic if I needed something	1	2	3	4	5
36. My prenatal care provider(s) supported my decisions	1	2	3	4	5
37. I was at ease with my prenatal care provider(s)	1	2	3	4	5
38. I could reach my prenatal care provider(s) by phone when necessary	1	2	3	4	5
39. My prenatal care provider(s) gave me enough information to make decisions for myself	1	2	3	4	5
40. I was afraid to ask my prenatal care provider(s) questions	1	2	3	4	5
41. My values and beliefs were respected by my prenatal care provider(s)	1	2	3	4	5
42. I was given adequate information about depression in pregnancy	1	2	3	4	5
43. My prenatal care provider(s) kept my information confidential	1	2	3	4	5
44. My prenatal care provider(s) took time to listen	1	2	3	4	5
45. I fully understood the reasons for blood work and other tests my prenatal care provider(s) ordered for me	1	2	3	4	5
46. My prenatal care provider(s) took time to ask about things that were important to me	1	2	3	4	5

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License.

©2013 Wendy Sword, Maureen Heaman, and the QPCQ Research Team
All Rights Reserved McMaster University



QUESTIONÁRIO SOBRE A QUALIDADE DOS CUIDADOS PRÉ-NATAIS

Este questionário é sobre os cuidados pré-natais prestados pelo médico, enfermeira ou outro profissional de saúde durante a sua gravidez. Pode ter sido assistida por mais do que um destes prestadores de cuidados de saúde mas, ao responder a este questionário, por favor, pense nos cuidados pré-natais que recebeu no geral. Por favor, demore o tempo que entender por forma a responder completamente às perguntas colocadas. Sendo este questionário anónimo, garantimos a completa confidencialidade dos dados que nos fornecer. Nunca ninguém poderá ser identificado a partir dos resultados deste inquérito. Assim, muito agradecemos que responda às perguntas abaixo da forma que considerar a mais correta. Agradecemos desde já a sua disponibilidade e participação.

Comecemos por alguma informação relativa à sua situação clínica.

1. Quantas vezes esteve grávida (incluindo esta gravidez)? _____ vezes
2. Quantos partos teve (incluindo nesta gravidez, se já tiver ocorrido)? _____
3. Se ainda está grávida, quantas semanas de gravidez tem? _____ semanas
4. Onde foi vigiada a sua gravidez (consultas)? (coloque um X nas opções apropriadas)
₁ Instituição Pública. Qual? _____
₂ Instituição Privada. Qual? _____
5. Esta foi uma gravidez de risco? ₁ Sim ₂ Não
Se SIM, qual o motivo? _____

6. Por favor, leia cuidadosamente cada afirmação e indique até que ponto concorda ou discorda, fazendo um círculo à volta do número apropriado.

	Discordo muito	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo muito
1. Estive com os meus prestadores de cuidados pré-natais todo o tempo que precisei	1	2	3	4	5
2. Os meus prestadores de cuidados pré-natais deram-me opções para a minha experiência do parto	1	2	3	4	5
3. Foi-me dada a informação adequada sobre exames e procedimentos pré-natais	1	2	3	4	5
4. Foi-me dada informação suficiente para responder às minhas necessidades sobre aleitamento	1	2	3	4	5
5. Os meus prestadores de cuidados pré-natais respeitaram-me	1	2	3	4	5
6. Foram sempre dadas respostas sinceras às minhas perguntas	1	2	3	4	5
7. Os meus prestadores de cuidados pré-natais respeitaram os meus conhecimentos e a minha experiência	1	2	3	4	5
8. Os meus prestadores de cuidados pré-natais estiveram sempre com pressa	1	2	3	4	5
9. Eu soube como entrar em contacto com os meus prestadores de cuidados pré-natais	1	2	3	4	5
10. Os meus prestadores de cuidados pré-natais prepararam-me para a minha experiência do parto	1	2	3	4	5
11. Todos os que estiveram envolvidos nos meus cuidados pré-natais receberam as informações importantes sobre mim	1	2	3	4	5
12. Alguém do consultório/ Serviço dos meus prestadores de cuidados pré-natais me devolveu sempre as chamadas	1	2	3	4	5
13. Os meus prestadores de cuidados pré-natais dedicaram tempo a falar comigo sobre as minhas expectativas em relação ao trabalho de parto e parto	1	2	3	4	5
14. As minhas decisões foram respeitadas pelos meus prestadores de cuidados pré-natais	1	2	3	4	5

15. Os meus prestadores de cuidados pré-natais foram bruscos comigo	1	2	3	4	5
16. Fui suficientemente informada sobre a segurança do exercício moderado durante a gravidez	1	2	3	4	5
17. Fui adequadamente estudada para detetar potenciais problemas com a minha gravidez	1	2	3	4	5
18. Os meus prestadores de cuidados pré-natais tiveram sempre tempo para responder às minhas perguntas	1	2	3	4	5
19. Os meus prestadores de cuidados pré-natais foram pacientes	1	2	3	4	5
20. Recebi informação adequada sobre a minha alimentação durante a gravidez	1	2	3	4	5
21. Os meus prestadores de cuidados pré-natais apoiaram-me quando eu fazia o que achava certo para mim	1	2	3	4	5
22. Os resultados dos exames foram-me explicados de forma a que eu percebesse	1	2	3	4	5
23. As minhas consultas de cuidados pré-natais foram feitas a correr	1	2	3	4	5
24. Os meus prestadores de cuidados pré-natais interessaram-se sobre como a gravidez estava a afetar a minha vida	1	2	3	4	5
25. Os meus prestadores de cuidados pré-natais apoiaram-me	1	2	3	4	5
26. Os meus prestadores de cuidados pré-natais prestaram muita atenção quando eu falava	1	2	3	4	5
27. Eu estive inserida em programas da comunidade que me foram úteis	1	2	3	4	5
28. Os meus prestadores de cuidados pré-natais fizeram-me sentir que eu os estava a fazer perder tempo	1	2	3	4	5
29. As minhas preocupações foram levadas a sério	1	2	3	4	5
30. Os meus prestadores de cuidados pré-natais arranjam tempo para eu falar	1	2	3	4	5
31. Recebi informação adequada sobre o consumo de álcool durante a gravidez	1	2	3	4	5

32. Os meus prestadores de cuidados pré-natais estiveram disponíveis quando eu tinha dúvidas ou preocupações	1	2	3	4	5
33. Os meus prestadores de cuidados pré-natais deram respostas diretas às minhas perguntas	1	2	3	4	5
34. Eu controlei as decisões sobre os meus cuidados pré-natais	1	2	3	4	5
35. Consegui sempre contactar alguém no consultório/maternidade se precisasse de alguma coisa	1	2	3	4	5
36. Os meus prestadores de cuidados pré-natais apoiaram as minhas decisões	1	2	3	4	5
37. Eu senti-me à vontade com os meus prestadores de cuidados pré-natais	1	2	3	4	5
38. Eu consegui contactar telefonicamente os meus prestadores de cuidados pré-natais, quando necessário	1	2	3	4	5
39. Os meus prestadores de cuidados pré-natais deram-me a informação devida para eu tomar decisões por mim mesma	1	2	3	4	5
40. Tive receio de fazer perguntas aos meus prestadores de cuidados pré-natais	1	2	3	4	5
41. Os meus valores e as minhas convicções foram respeitados pelos meus prestadores de cuidados pré-natais	1	2	3	4	5
42. Foi-me dada informação adequada sobre depressão na gravidez	1	2	3	4	5
43. Os meus prestadores de cuidados pré-natais mantiveram a informação a meu respeito confidencial	1	2	3	4	5
44. Os meus prestadores de cuidados pré-natais tiveram tempo para me ouvir	1	2	3	4	5
45. Compreendi perfeitamente a razão porque os meus prestadores de cuidados pré-natais me mandaram fazer análises ao sangue e outros exames	1	2	3	4	5
46. Os meus prestadores de cuidados pré-natais tiveram tempo para fazer perguntas sobre coisas importantes para mim	1	2	3	4	5

7. Indique-nos agora, por favor, que avaliação faz dos cuidados pré-natais prestados. Pontue cada item de 1 a 5, consoante a avaliação que faz do serviço prestado (1 = mau a 5 = excelente).



1. MÉDICOS

Tempo e interesse dedicados durante a consulta, envolvimento nas decisões, ajuda para desempenhar as suas tarefas diárias, competência, cortesia e carinho demonstrados, informação recebida relativa a medicamentos, tratamentos, sintomas e doença, conhecimento sobre consultas anteriores.

₁ ₂ ₃ ₄ ₅

2. ENFERMEIROS

Tempo dedicado e explicações fornecidas, competência, cortesia e carinho demonstrados.

₁ ₂ ₃ ₄ ₅

3. SECRETARIADO

Qualidade do atendimento administrativo e das explicações fornecidas, competência, cortesia e carinho demonstrados.

₁ ₂ ₃ ₄ ₅

4. ACESSIBILIDADE

Facilidade em marcar consulta e em telefonar para a unidade, tempo que esperou na sala de espera.

₁ ₂ ₃ ₄ ₅

5. SERVIÇOS PRESTADOS

Horário de atendimento, respeito e rapidez com que foi tratada, organização geral dos serviços.

₁ ₂ ₃ ₄ ₅

6. QUALIDADE DAS INSTALAÇÕES

Conforto geral e limpeza.

₁ ₂ ₃ ₄ ₅

7. QUALIDADE DAS CONSULTAS

Impressão geral sobre os cuidados e serviços que lhe foram prestados.

₁ ₂ ₃ ₄ ₅



8. RECOMENDAÇÃO

Recomendo fortemente esta Unidade de Saúde aos meus amigos.

₁ ₂ ₃ ₄ ₅

9. VOLTARIA

Não vejo qualquer razão para mudar para outra Unidade de Saúde.

₁ ₂ ₃ ₄ ₅

Por fim, agradecemos que nos fornecesse alguns dados, apenas para fins estatísticos.

8. Qual é a sua idade? _____ anos

9. Qual é a sua situação familiar?

- ₁ Casada com registo
- ₂ Casada sem registo – união de facto
- ₃ Solteira
- ₄ Viúva
- ₅ Divorciada
- ₆ Separada

10. Qual a sua situação profissional?

- ₁ Ativa. Qual a profissão? _____
- ₂ Reformada/Aposentada
- ₃ Desempregada
- ₄ Estudante
- ₅ Outra. Qual? _____

11. Que grau de ensino é que completou?

- ₁ Só sabe ler e escrever
- ₂ 1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe
- ₃ 2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório
- ₄ 3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
- ₅ Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus
- ₆ Ensino Médio
- ₇ Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)

12. Com quem vive?

Número de adultos dependentes _____

Número de adultos independentes _____

Número de crianças _____

MUITO OBRIGADO

From: Wendy Sword [mailto:wendy.sword@mcgill.ca]
Sent: 8 de fevereiro de 2017 13:59
To: Pedro Lopes Ferreira <[mailto:pedro.lopes@mcgill.ca]>
Cc: Maureen Heaman <[mailto:maureen.heaman@mcgill.ca]>
Subject: RE: Quality of Prenatal Care Questionnaire

Dear Pedro,

Thank you for attending to final revisions and the explanations you provided below.

I am pleased to confirm approval of the translation into Portuguese as submitted on February 7. We will make this version of the QPCQ available on the McMaster University website.

It has been a pleasure to work with you, and please let us know if any psychometric testing is done of this instrument.

Best regards,

Wendy

Wendy Sword, RN, PhD

Professor/ Professeur titulaire

Director and Associate Dean/ Directrice et doyenne associée

School of Nursing/ École des sciences infirmières

Faculty of Health Sciences/ Faculté des sciences de la santé

University of Ottawa/ Université d'Ottawa

[Redacted]

Quality of Prenatal Care Questionnaire (QPCQ) Translation Protocol

By agreeing to adhere to the terms and conditions in this Quality of Prenatal Care Questionnaire Translation Protocol ("QPCQ Translation Protocol") you also agree and acknowledge that the ownership of and copyright to any translation will be the sole property of McMaster University. As the owner of the QPCQ translations, McMaster University, in its sole discretion, can use, reproduce, and distribute the QPCQ translations in any media now known or later developed. If you do not agree to anything stated in this QPCQ Translation Protocol then then you are prohibited from translating the QPCQ.

This translation protocol is designed to maintain the validity of the QPCQ when used with non-English speaking women. The protocol is as follows:

1. Forward translation of the original English language QPCQ into the destination language by a professional translator or a bilingual health professional who is familiar with the terminology used in the QPCQ
2. Back translation into English by a second translator or bilingual health professional
3. Judgement of the technical, semantic, and conceptual equivalence of each item through comparison of the two English versions by at least two individuals with clinical or research experience in prenatal care
4. Revisions to translated QPCQ items, back translation, and re-assessment as necessary until technical, semantic, and conceptual equivalence is achieved
5. Approval of the final translated QPCQ following review of the translation and back translation by Dr. Wendy Sword in consultation with Dr. Maureen Heaman

Each authorized translation must include the following notice in English and the foreign language: "This is a translation from the original English version protected under copyright laws. Copyright © 2013 Wendy Sword, Maureen Heaman, and the QPCQ Research Team. All rights reserved McMaster University, Hamilton, Canada."

Exm^a Senhora
Prof. Doutora Catarina Resende de Oliveira
Digm^a Directora da Unidade de Inovação e Desenvolvimento
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Coimbra, 2 de novembro de 2016

Assunto: Estudo de investigação – Pedido de Autorização

Na qualidade de Investigador Principal do projecto “Adaptação cultural e validação do «*Quality of Prenatal Care Questionnaire*» para a população portuguesa”, venho solicitar a V. Ex^a a realização deste estudo de Investigação no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, no Serviço de Obstetrícia A.

Este estudo insere-se no âmbito de uma dissertação do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, de que sou orientador, da Dr.^a Sofia Isabel Vargas Cabrita Rodrigues, médica do Serviço de Obstetrícia A do CHUC.

Declaro assumir a liderança científica do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados, respeitando os princípios éticos e deontológicos e as normas internas da instituição.

Nome: Pedro Augusto de Melo Lopes Ferreira
Professor Associado com Agregação da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
pedrof@fe.uc.pt - 919 370 696

Assinatura



PARECER CIENTÍFICO

Estudo: Adaptação cultural e validação do questionário *Quality of Prenatal Care Questionnaire* para a população portuguesa

Promotor/Centro de Investigação: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

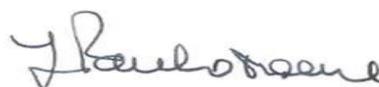
Investigador: Pedro de Melo Lopes Ferreira e Sofia Isabel Vargas Cabrita Rodrigues

Serviço: Serviço de Obstetrícia A (Maternidade Daniel de Matos) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Numa instituição de Saúde, a melhoria da qualidade dos serviços prestados deverá ser parte integrante dos objectivos de todos os seus profissionais. Os cuidados de saúde na área da Obstetrícia são frequentemente avaliados à luz de múltiplos indicadores clássicos como sejam a morbimortalidade materna e perinatal, a taxa de cesarianas, a taxa de epidurais, entre outros. No entanto, a percepção, por parte das utentes, da qualidade dos cuidados que lhes são prestados (pré-natais, intraparto e pós-parto) tem vindo a ser progressivamente mais valorizada. Neste sentido, o desenvolvimento de instrumentos que permitam avaliar esta dimensão da qualidade é fundamental.

Tanto quanto os autores têm conhecimento, não existe um instrumento que permita avaliar a percepção da qualidade dos cuidados pré-natais adaptado à população portuguesa. Nesse sentido, este estudo tem como objectivos validar o questionário *Quality of Prenatal Care Questionnaire* (QPCQ) para a população portuguesa, determinar as suas características psicométricas e determinar a percepção das mulheres acerca da qualidade dos seus cuidados pré-natais.

O questionário *Quality of Prenatal Care Questionnaire* (Heaman, M.I., Sword, W.A., Akhtar-Danesh, N., Bradford, A., Tough, S., Janssen, P.A., Young, D.C., Kingston, D.A., Hutton, E.K., & Helewa, M.E. (2014). *Quality of prenatal care questionnaire: instrument development and testing. BMC Pregnancy and Childbirth*) foi desenvolvido e testado numa amostra de mulheres vigiadas em 5 centros de referência do Canadá. Inclui 46 itens distribuídos por 6 subescalas e está já disponível em 3 versões validadas (original, australiana e francesa). Os encorajadores resultados encontrados, quer na versão original, quer nas restantes versões, justificam a escolha dos autores na adaptação deste questionário.



Comissão de Ética para a Saúde

Visto/ À U.I.D.
para difusão

21/12/2016

Director Clínico
C.H.U.C. - EPE

Exmo. Senhor
Director Clínico do CHUC

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		N.º 242/CES	16-12-2016
		Proc. N.º CHUC-129-16	

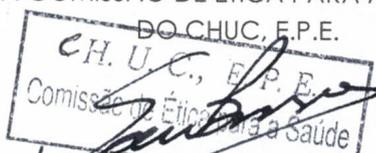
ASSUNTO: *Estudo Observacional "Adaptação cultural e validação do Quality of Prenatal Care Questionnaire"* - Prof. Doutor Pedro Augusto de Melo Lopes Ferreira, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (estudo a ser realizado no Serviço de Obstetrícia A do CHUC).
(Entrada do estudo na CES a 08/11/2016)

Cumprе informar Vossa Ex.ª de que a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 16 de Dezembro de 2016, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projeto mencionado em epígrafe, e ouvido o relator, emitiu parecer favorável à sua realização. Parecer aprovado por unanimidade.

Mais se informa que a CES do CHUC deve ser semestralmente actualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos.

A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE
DO CHUC, E.P.E.



Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros
Presidente da CES do CHUC

LP/CES

A CES do CHUC: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.ª Doutora Maria Fátima Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Enf.ª Adélio Tinoco Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Padre José António Afonso Pais; Dr. José António Feio; Dr. José Alves Grilo Gonçalves; Enf.ª Fernando Mateus; Dr. José António Pinheiro; Dra. Cláudia Santos; Dr. Paulo Figueiredo

C.H.U.C. - EPE - Conselho de Administração

Antigaly
29.12.2016

Exmo Senhor
Dr. Martins Nunes
Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Dr. José Martins Nunes
Presidente do Conselho de Administração
C.H.U.C. - EPE

(Dr. Pedro Roldão - Vice)
(Prof. Doutor José Pedro Figueiredo - Dir. Clínica)
(Prof. Doutor José Pedro Figueiredo - Dir. Clínica)

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA CHUC-129-16	DATA 21-12-2016
----------------	--------------------	---------------------------------	--------------------

ASSUNTO: Aprovação do Projeto de Investigação CHUC-129-16

A pedido de **Prof. Doutor Pedro Ferreira**, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projecto de Investigação sobre **"ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DO "QUALITY OF PRENATAL CARE QUESTIONNAIRE" PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA"**, ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril e colheu parecer favorável da Comissão de Ética deste Hospital.

Informa-se V. Ex^ª. que este projecto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para o CHUC.

Solicita-se assim a autorização do Conselho de Administração para este Projecto.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

PI' A Coordenadora da Unidade de Inovação e Desenvolvimento

Saraiva

(Prof. Doutor José Saraiva da Cunha)

C.H.U.C. - EPE
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Reg. N.º 10270 Pcs
Origem
Data 22.12.2016

