

## Acolhimento ao parto em estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha no Brasil: a perspectiva das usuárias

Childbirth care in health services affiliated with the Stork Network in Brazil: the users' perspective

Acogida al parto en establecimientos de salud vinculados a la Red Cegonha en Brasil: la perspectiva de las usuarias

Ana Lúcia Nunes <sup>1</sup>  
Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz <sup>1</sup>  
Judith Rafaelle Oliveira Pinho <sup>1</sup>  
Leonardo Carvalho Silva <sup>1</sup>  
Deysianne Costa das Chagas <sup>1</sup>  
Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves <sup>1</sup>

doi: 10.1590/0102-311XPT228921

### Resumo

*Este estudo objetivou analisar os fatores sociodemográficos e reprodutivos associados ao acolhimento ao parto em estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha no Brasil, na perspectiva das usuárias. Foram selecionados 606 serviços com amostra de 10.540 puérperas. O desfecho foi a variável latente acolhimento da puérpera, composta por cinco indicadores: apresentação dos profissionais com nome e função, chamar a gestante pelo nome, compreensão das informações dadas, se sentir bem tratada e respeitada e ter as necessidades respondidas pela equipe. As variáveis explicativas foram: idade, escolaridade, cor da pele, situação conjugal, tipo de parto, paridade e peregrinação. Foi utilizada modelagem de equações estruturais. Observaram-se maiores percentuais de mulheres com idade de 20 a 34 anos (68,31%), que se autodeclararam como pardas (56,3%), com escolaridade entre 9 e 11 anos de estudo (56,1%) e que tinham companheiro (78,8%). Houve predominância de puérperas que tiveram parto vaginal (56,6%), com um a dois filhos (46%) e que relataram não peregrinar (91,9%). Apresentaram efeito direto positivo sobre o acolhimento mulheres com maior idade (CP = 0,094; p < 0,001) e maior escolaridade (CP = 0,096; p < 0,001). O parto cesáreo apresentou efeito direto negativo (CP = -0,059; p < 0,002) e cor da pele preta e parda apresentou efeitos diretos e indiretos negativos (CP = -0,081; p < 0,001 e CP = -0,014; p < 0,001). Puérpera com maior idade, maior escolaridade e que tiveram parto vaginal tiveram percepção mais positiva do acolhimento nos serviços de saúde.*

*Acolhimento; Cuidado Perinatal; Rede Cegonha; Parto*

### Correspondência

A. L. Nunes  
Universidade Federal do Maranhão.  
Rua Barão de Itapary 155, São Luís, MA 65020-070, Brasil.  
alununes2014@gmail.com

<sup>1</sup> Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Brasil.



## Introdução

Acolhimento em obstetrícia compreende o acolher as necessidades de saúde da mulher em todos os momentos de atenção na maternidade, com a finalidade de prestar um cuidado resolutivo e humanizado<sup>1</sup>. Nessa perspectiva, o acolhimento é compreendido como as relações entre os sujeitos envolvidos no cuidado prestado nos serviços de saúde, que deve ser realizado por todos os trabalhadores de saúde e em todos os setores de atendimento, não se limitando ao ato de receber, mas também a uma sequência de ações e modos que compõem o processo de trabalho em saúde<sup>2</sup>. Dodou et al.<sup>2</sup> apontam ainda que o acolhimento se traduz em gestos simples: chamar as gestantes pelo nome, informar sobre condutas e procedimentos a serem realizados por intermédio de uma linguagem adequada, escutar e valorizar as narrativas das usuárias, garantir a privacidade, entre outras atitudes humanizadoras passíveis de serem realizadas nos serviços de saúde<sup>3</sup>.

Nesse sentido, o acolhimento favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes, os serviços e as usuárias, pois o ato de acolher não se restringe a uma atitude voluntária de “favor” e “bondade” dos profissionais; não se reduz a uma reorganização espacial com adequação de recepções administrativas e outros ambientes, nem também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daquelas que serão atendidas pelo serviço naquele momento<sup>4</sup>.

Na perspectiva da Rede Cegonha, deve-se assegurar atenção qualificada, respeitando os direitos das mulheres durante o período gravídico-puerperal e das crianças até os 24 meses<sup>5</sup>. O acolhimento conduz à tomada de decisões por parte do profissional da saúde a partir da escuta ativa das queixas do paciente, associada à avaliação clínica pautada em protocolos e fundamentada em evidências<sup>4</sup>. A interação e a intersubjetividade possibilitam acolhimento, vínculo e responsabilização de produzir cuidado de qualidade e boas práticas. Isso requer da gestão e dos profissionais de saúde a alteração do modo de se relacionar com as usuárias das maternidades<sup>2,4,6,7,8,9</sup>.

Os fatores sociodemográficos e reprodutivos também são determinantes na forma de acolhimento e acesso/peregrinação das gestantes nos serviços de saúde. Estudos apontam que classe social, escolaridade, raça, idade, situação conjugal, orientação sexual e tipo de parto interferem na atenção e no deslocamento da usuária. Esses são marcadores importantes na forma de acesso, cuidado e atenção das mulheres no contexto de assistência, atenção à saúde sexual e reprodutiva e durante o período gravídico e puerperal<sup>9,10,11,12,13,14,15,16</sup>.

Diante desse contexto e considerando que as evidências existentes são anteriores à implantação da Rede Cegonha, levanta-se a hipótese de que a forma de acolhimento nos estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha no Brasil, em 2017, continua sendo influenciada pelas características das usuárias. Assim, o objetivo deste estudo é avaliar os fatores sociodemográficos e reprodutivos associados ao acolhimento nos estabelecimentos de saúde brasileiros da Rede Cegonha na perspectiva das usuárias.

## Método

### Delimitação do estudo

Trata-se de um estudo transversal, de abrangência nacional, com os dados da *Avaliação da Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades da Rede Cegonha*, realizada no ano de 2017.

### População e amostra deste estudo

Os critérios utilizados para inclusão dos serviços de saúde públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) na avaliação foram: serviços de saúde que realizavam acima de 500 partos em região de saúde com Plano de Ação Regional (PAR) na Rede Cegonha, independente de liberação de recurso (n = 581); serviços de saúde que realizavam menos de 500 partos em uma região de saúde com PAR na Rede Cegonha e com liberação de recursos (n = 25); e serviços de saúde que não realizavam partos, mas com liberação de recursos, pois eram retaguarda para internação de recém-nascidos em unidade de terapia intensiva (UTI) (n = 20). Esses critérios incluíram 626 serviços neste estudo, em que foram

selecionados todos os serviços de saúde em que ocorreram partos, totalizando 606 serviços. Destes, 86 estavam na Região Norte, 175 na Região Nordeste, 223 na Região Sudeste, 81 na Região Sul e 41 na Região Centro-oeste.

A amostra de puérperas foi temporal estratificada por cinco regiões geográficas. O tamanho amostral mínimo em cada região foi calculado com base em uma taxa de parto vaginal de 50%, para detectar diferenças de 5%, com nível de 5% de significância e poder de 80%, totalizando o mínimo de 1.800 puérperas para cada região. Para que a amostra tivesse tamanho proporcional ao número de nascimentos na região, estabeleceu-se um número fixo de dias de inclusão de puérperas, de acordo com o tamanho da população: dois dias nas regiões Sudeste e Nordeste, quatro dias na Região Norte, cinco dias na Região Sul e sete dias na Região Centro-oeste. Essa estratégia possibilitou a captação de 1.800 a 2.500 puérperas por região, com inclusão total de 10.665 puérperas. Não foram incluídas puérperas com transtorno mental grave, que não compreendiam o idioma português; com deficiência auditiva; internadas por motivo de aborto, internadas na unidade intermediária (UI) ou UTI no pós-parto e para puérpera internada que o parto foi realizado no percurso para a maternidade<sup>17,18</sup>.

Foram incluídas as puérperas com partos ocorridos a partir da meia-noite do primeiro dia de coleta até a meia-noite do dia anterior ao final da coleta, que responderam a um questionário estruturado em entrevista face a face, com, pelo menos, seis horas de pós-parto.

Para este estudo, foram utilizados os dados dos questionários respondidos pelas puérperas. Do universo de 10.665 puérperas elegíveis, foram excluídas aquelas com parto gemelar, totalizando uma amostra de 10.540 puérperas: pariram 1.976 (13,7%) na Região Norte, 2.115 (31,2%) na Região Nordeste, 2.493 (36,4%) na Região Sudeste, 2.081 (11%) na Região Sul e 1.840 (7,7%) na Região Centro-oeste.

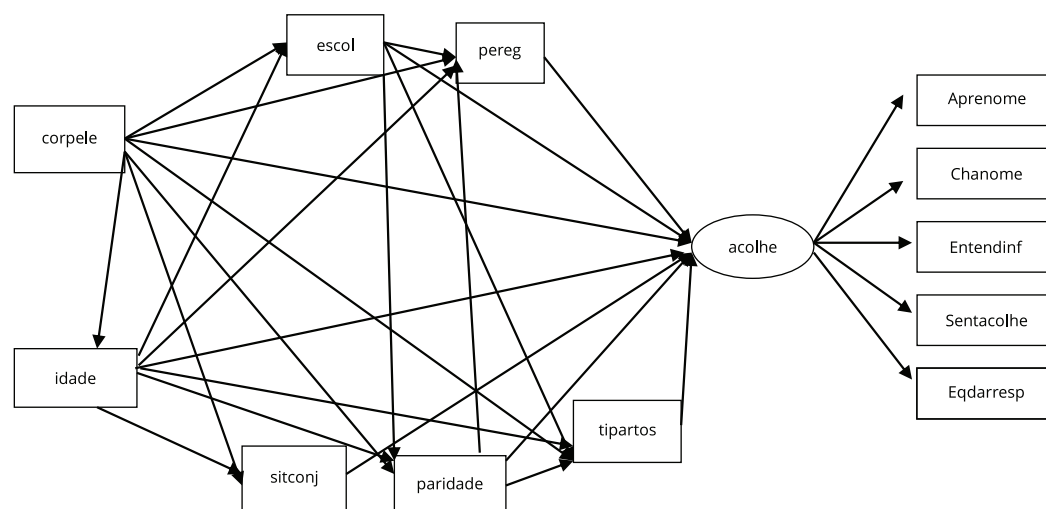
### **Modelo teórico e variáveis do estudo**

Para construção do modelo teórico deste estudo (Figura 1), foram selecionadas variáveis relacionadas ao acolhimento, compreendido como as relações entre os sujeitos envolvidos no cuidado prestado nos serviços de saúde<sup>4</sup>. O desfecho foi a variável latente acolhimento das puérperas em serviços de saúde. Variável latente é uma variável não observada diretamente e definida por análise fatorial confirmatória a partir de três ou mais variáveis observadas<sup>19</sup>. Essa variável foi representada por uma elipse, composta por cinco indicadores: (1) “Desde o momento que você chegou nesta maternidade, quantos profissionais de saúde se apresentaram, informando o nome deles e a função?” (*Aprenome*); (2) “Quantos profissionais de saúde a estão chamando pelo nome nesta maternidade?” (*Chanome*); (3) “Com que frequência você está conseguindo entender as informações que vem recebendo durante sua internação nesta maternidade?” (*Entendinf*); (4) “Com que frequência você está se sentindo acolhida, bem tratada e respeitada durante sua internação nesta maternidade?” (*Sentacolhe*); e (5) “Com que frequência a senhora/você sente que a equipe de saúde desta maternidade procura dar respostas e resolver suas dúvidas e/ou solicitações?” (*Eqdarresp*). Para as perguntas 1 e 2, as opções de resposta foram: (a) nenhum profissional; (b) poucos profissionais (a minoria); (c) muitos profissionais (a maioria); (d) todos os profissionais; (e) não sabe responder; e (f) não quis responder. Para as perguntas 3, 4 e 5, as opções de resposta foram: (a) nunca; (b) poucas vezes/raramente; (c) muitas vezes/a maioria das vezes; (d) sempre; (e) não sabe informar; e (f) não quis informar.

As variáveis explicativas sociodemográficas e reprodutivas foram variáveis observadas representadas por retângulos e categorizadas em: (a) idade (*idade*): 12 a 15 anos, 16 a 19 anos, 20 a 34 anos, 35 anos ou mais; (b) cor da pele autorreferida (*corpele*): branca, preta, parda, outros; (c) escolaridade (*escol*): menos de 5 anos de estudo, 5 a 8 anos de estudo, 9 a 11 anos de estudo, 13 ou mais anos de estudo; (d) situação conjugal (*sitconj*): com companheiro, sem companheiro; (e) tipo de parto (*tipartos*): cesariana, parto vaginal; (f) paridade (*paridade*): primípara, de 1 a 2 filhos, 3 filhos ou mais; e (g) falta de acesso aos estabelecimentos de saúde (*pereg*): sim ou não, construída a partir da resposta positiva a um ou mais dos motivos pelos quais a gestante não foi internada na primeira maternidade que procurou – “não havia vaga” ou “o hospital estava sem médico plantonista” ou “hospital sem condição de atender”.

**Figura 1**

Modelo teórico do acolhimento das usuárias em serviços de saúde brasileiros da Rede Cegonha. Brasil, 2017.



### Plano de análise

Os cálculos de frequências e percentuais foram realizados no software Stata, versão 14.0 (<https://www.stata.com>) e, para o ajuste do modelo, foi empregada a modelagem de equações estruturais que investigou a influência dos fatores sociodemográficos e reprodutivos no acolhimento das usuárias nos serviços de saúde de ocorrência de parto da Rede Cegonha no Brasil em 2017.

Como o modelo foi composto por variáveis contínuas e categóricas, utilizou-se o estimador de mínimos quadrados ponderados robustos ajustados pela média e variância (WLSMV), empregando a parametrização THETA para controlar as diferenças de variâncias residuais. Essas etapas foram realizadas com o software Mplus, versão 8.7 (<https://www.statmodel.com/>).

Para determinar bom ajuste do modelo, considerou-se: (a) valor de  $p < 0,05$  para o teste do qui-quadrado ( $\chi^2$ ); (b) valor de  $p < 0,05$  e limite superior do intervalo de 90% de confiança (IC90%) inferior a 0,08 para a raiz do erro quadrático médio de aproximação (RMSEA); (c) valores superiores a 0,95 para o índice de ajustamento comparativo (CFI) e índice Tucker-Lewis (TLI); e (d) valor da raiz quadrada média residual padronizada (SRMR) menor que 0,08<sup>20</sup>.

O comando *modindices* foi usado para sugestões de modificações da hipótese inicial. Quando as modificações propostas fossem consideradas plausíveis do ponto de vista teórico e o valor do índice de modificação fosse superior a 10 mil, um novo modelo poderia ser elaborado e analisado<sup>21</sup>.

Nas análises das estimativas padronizadas para construção das variáveis latentes, considerou-se carga fatorial superior a 0,50 com  $p < 0,05$  como indicativa de alta correlação entre a variável indicadora e o construto. No modelo final, foram avaliados os efeitos das variáveis observadas sobre o acolhimento das puérperas nas maternidades Rede Cegonha no Brasil em 2017, considerando haver efeito quando  $p < 0,05$ <sup>21</sup>.

## Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CAAE: 56389713.5.3001.5240; com parecer substanciado nº 1.866.931). Foram incluídas puérperas que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do início da entrevista.

Foi facultada a desistência sem qualquer prejuízo para as participantes, em qualquer etapa da pesquisa. Todos os procedimentos foram efetuados de acordo com os princípios de confidencialidade. Foram respeitados os princípios éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, em consonância com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados

Das 606 maternidades públicas e/ou privadas conveniadas com o SUS avaliadas, o maior percentual foi de serviços de saúde de gestão municipal (62,2%), hospital geral (81,9%), de risco habitual (79,3%) e com porte de menos de 50 leitos (85%) (Tabela 1).

Entre as 10.540 puérperas entrevistadas, foram observados maiores percentuais de mulheres com idade de 20 a 34 anos (68,3%), que se autodeclararam como pardas (56,3%), com escolaridade entre 9 a 11 anos de estudo (56%) e que tinham companheiro (79,8%). Houve predominância de puérperas que tiveram parto vaginal (56,1%), com 1 a 2 filhos (46,4%) e que relataram não peregrinar (91,9%) (Tabela 2).

O modelo apresentou índices de ajuste satisfatórios exemplificados pelo limite superior do IC90% do RMSEA de 0,019, CFI de 0,994 e TLI de 0,989 e SRMR de 0,015 (Tabela 3).

No modelo, cada indicador da variável latente de acolhimento das puérperas teve carga fatorial superior a 0,5 e valor de  $p < 0,001$  (Tabela 4). Apresentaram efeito direto positivo sobre o acolhimento das puérperas nos serviços de saúde, puérperas com maior idade em relação à idade de 12 a 15 anos (coeficiente padronizado – CP = 0,094;  $p < 0,001$ ) e maior escolaridade em relação às puérperas com

**Tabela 1**

Características dos serviços de saúde brasileiros da Rede Cegonha por nível de gestão, tipo de serviço, complexidade e número de leitos. Brasil, 2017 (n = 606).

Características	n	%
Nível de gestão		
Municipal	395	62,2
Estadual	155	25,6
Federal	56	9,2
Tipo de estabelecimento		
Hospital geral	496	81,9
Hospital especializado	97	16,0
Centro de parto normal	1	0,2
Outros	12	1,9
Complexidade		
Risco habitual	480	79,3
Alto risco	126	20,7
Número de leitos obstétricos		
Até 50	515	85,0
51-100	83	13,7
Acima de 100	8	1,3

**Tabela 2**

Caracterização sociodemográfica, reprodutiva e região dos estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha. Brasil, 2017 (n = 10.540).

Variável	n	% ponderado
Idade (anos)		
12-15	296	2,8
16-19	1.896	18,0
20-34	7.199	68,3
35 ou mais	1.147	10,9
Cor da pele		
Branca	2.965	28,1
Preta	1.287	12,2
Parda	5.935	56,3
Outros	351	3,4
Escolaridade (anos)		
Menos de 5	565	5,4
5-8	3.385	32,2
9-11	5.887	56,0
12 ou mais	673	6,4
Situação conjugal		
Sem companheiro	2.122	20,2
Com companheiro	8.392	79,8
Tipo de parto		
Vaginal	5.906	56,1
Cesariana	4.630	43,9
Paridade (filhos)		
Primípara	3.811	36,2
1-2	4.879	46,4
3 ou mais	1.830	17,4
Peregrinação		
Sim	849	8,1
Não	9.691	91,9
Região ocorrência do parto		
Norte	1.976	13,7
Nordeste	2.115	31,2
Sudeste	2.493	36,4
Sul	2.081	11,0
Centro-oeste	1.840	7,7

menos de cinco anos de estudo (CP = 0,096;  $p < 0,001$ ). Apresentaram efeito direto (CP = -0,081;  $p < 0,001$ ) e indireto negativo (CP = -0,014;  $p < 0,001$ ) puérperas de cor da pele preta e parda em referência às brancas. Parto cesáreo apresentou efeito direto negativo em referência ao parto vaginal (CP = -0,059;  $p = 0,002$ ) (Tabela 4).

Foram analisados 33 caminhos específicos da mensuração do efeito indireto da cor da pele no acolhimento e incluídos na Tabela 4 apenas aqueles estatisticamente significantes. O acolhimento sofreu efeito de pequena magnitude da cor da pele por diferentes caminhos via idade, escolaridade, tipo de parto e paridade.

**Tabela 3**

Indicadores de ajuste do modelo de equações estruturais utilizando o acolhimento como variável resposta.

Índices	Modelo final
Teste $\chi^2$	125,284
Graus de liberdade	33
Valor de p do teste $\chi^2$	< 0,001
RMSEA	0,016
IC90%	0,013-0,019
Valor de p	1,00
CFI	0,994
TLI	0,989
SRMR	0,015

CFI: índice de ajustamento comparativo; IC90%: intervalo de 90% de confiança; RMSEA: raiz do erro quadrático médio de aproximação; TLI: índice Tucker-Lewis; SRMR: raiz quadrada média residual padronizada.

**Tabela 4**

Coeficientes padronizados (CP) do modelo de equações estruturais utilizando o acolhimento das puérperas nas maternidades brasileiras como variável resposta.

Efeitos	CP	Valor de p
<b>Submodelo estrutural</b>		
Acolhimento BY		
Profissional se apresentar pelo nome e função	0,628	< 0,001
Chamar a puérpera pelo nome	0,564	< 0,001
Puérpera entende informações passadas	0,903	< 0,001
Puérpera se sente acolhida	0,558	< 0,001
Equipe dar respostas à puérpera	0,536	< 0,001
<b>Submodelo de mensuração do efeito direto</b>		
Acolhimento ON		
Idade	0,094	< 0,001
Cor da pele	-0,081	< 0,001
Escolaridade	0,096	< 0,001
Situação conjugal	0,020	0,405
Tipo de parto	-0,059	0,002
Paridade	0,003	0,907
Peregrinação	-0,041	0,126
<b>Submodelo de mensuração do efeito indireto</b>		
Acolhimento IND		
Cor da pele	-0,014	< 0,001
Caminho Específico 1 da mensuração do efeito indireto		
Acolhimento/Idade/Cor da pele	-0,004	0,024
Caminho Específico 2 da mensuração do efeito indireto		
Acolhimento/Escolaridade/Cor da pele	-0,008	< 0,0001
Caminho Específico 3 da mensuração do efeito indireto		
Acolhimento/Escolaridade/Idade/Cor da pele	-0,001	0,009
Caminho Específico 4 da mensuração do efeito indireto		
Acolhimento/Tipo de parto/Idade/Cor da pele	0,001	0,034
Caminho Específico 5 da mensuração do efeito indireto		
Acolhimento/Tipo de parto/Paridade/Escolaridade/Cor da pele	< 0,0001	0,029

## Discussão

O melhor acolhimento ao parto nos estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha foi sinalizado por puérperas de maior idade, escolaridade e que tiveram parto vaginal, enquanto o pior acolhimento foi referido pelas puérperas de cor de pele parda e preta, em detrimento das puérperas de cor da pele branca.

Leal et al.<sup>14</sup> dizem que, entre os fatores associados a uma assistência de qualidade ao parto, está a escolaridade materna mais alta. Ressaltam que os direitos reprodutivos da usuária de ter uma vaga assegurada em maternidade de fácil acesso, atendimento digno (sem espera longa) e acompanhante de sua livre escolha também estão associados a este indicador. Portanto as evidências sugerem que, quanto maior a escolaridade da puérpera, maior a possibilidade de ela solicitar a efetivação dos seus direitos e não aceitar condutas desnecessárias ou abusivas por parte dos serviços e/ou profissionais de saúde. Leal et al. nos indicam que as puérperas com idade acima dos vinte anos e com escolaridade superior a nove anos de estudos podem ter mais acesso a informações sobre suas necessidades de assistência à saúde, desde o pré-natal até a assistência ao parto, assim como a possibilidade de realização de planejamento reprodutivo.

Houve diferença de acolhimento, atenção e acesso de gestantes e/ou puérperas na assistência à saúde, de acordo com a faixa etária. Nos últimos anos, tem sido observado que os fatores sociais interferem negativamente no acesso e recebimento às gestantes nos serviços de saúde<sup>10,22,23</sup>. Menezes et al.<sup>11</sup> avaliaram a dificuldade de acesso às maternidades no Município do Rio de Janeiro, com 6.652 puérperas que utilizaram os serviços do SUS, e identificaram que os fatores renda, escolaridade e situação conjugal interferiram negativamente no acesso e acolhimento de gestantes aos serviços de saúde, quando as gestantes eram menores de 17 anos. Os resultados ora apresentados reafirmam as evidências de que existem diferenças relacionadas à idade e escolaridade no acolhimento das puérperas.

Leal et al.<sup>14</sup> sinalizam que, além da idade e da escolaridade, gestantes e puérperas de cor de pele preta ou parda também são menos acolhidas e cuidadas nos serviços de saúde. Outro estudo mostrou que mulheres pretas e pardas recebem menos atenção e cuidado na assistência à saúde, no período gravídico-puerperal<sup>24</sup>. Leal et al.<sup>24</sup> referem que as pretas recebem menos orientação durante o pré-natal sobre o início do trabalho de parto e sobre possíveis complicações na gravidez. Nosso estudo evidenciou que o acolhimento, na perspectiva relacional entre os sujeitos envolvidos no cuidado, também demonstrou uma discriminação nas práticas de orientação dos profissionais de saúde entre as puérperas de cor preta ou parda e em menor proporção as puérperas de cor branca, mesmo após a implantação da Rede Cegonha.

Segundo a Geledés<sup>25</sup> e Werneck<sup>26</sup>, o racismo é uma ideologia que se conforma nas relações de poder na sociedade e no desenho e desenvolvimento das políticas públicas. Nesse contexto, se considerarmos o conceito de racismo institucional se traduzindo como menor acesso à informação<sup>25</sup>, o fato de as mulheres pretas ou pardas terem referido pior acolhimento na perspectiva aqui estudada aponta para a ocorrência desse tipo de racismo nos serviços de saúde pesquisados. Apesar dos avanços já descritos com a estratégia da Rede Cegonha, ainda persistem iniquidades de raça e cor na assistência à saúde de mulheres negras.

Alves et al.<sup>15</sup>, analisando os mesmos dados desta pesquisa, observaram que a desigualdade racial pode ser camuflada nas condutas/intervenções durante o parto. Alves et al. observaram que pretas e/ou pardas foram menos submetidas a intervenções como venóclise, analgesia e uso de ocitocina comparadas com as brancas. Entretanto esses autores discutem que, pelo modelo intervencionista de assistência, ainda adotado por muitos profissionais, essas práticas são de rotina, e a menor realização delas nas pretas seria mais bem interpretada como evidência de discriminação racial a essas mulheres.

Ainda utilizando os mesmos dados para avaliar a evolução das intervenções na perspectiva comparativa com estudos anteriores à Rede Cegonha, Leal et al.<sup>27</sup> demonstraram que houve melhoria significativa no cenário da atenção ao trabalho de parto e parto, com diminuição de iniquidades regionais, de nível de instrução e raciais no acesso às tecnologias apropriadas, sugerindo que a intervenção da Rede Cegonha foi efetiva, embora não tenha sido capaz de superar a prática de racismo institucional.

Além de práticas discriminatórias no acolhimento e intervenções durante o parto, os estudos evidenciam que a cor de pele foi associada à pior avaliação do tempo de espera até ser atendida, a menor



privacidade nos exames e no trabalho de parto, a menores níveis de respeito e privacidade e ao maior relato de violência <sup>28</sup>.

Também na assistência pré-natal, as gestantes pretas se encontram em desvantagem, com maior percentual de gravidez não planejada, menor proporção de número adequado de consultas, assim como receber menos orientação sobre parto e local de realização do parto. Theophilo et al. <sup>29</sup> acrescentam que isso tanto pode evidenciar desigualdades sociais como uma deficiência no sistema de saúde em facilitar e qualificar o acesso a todas as mulheres, oferecendo orientações necessárias pertinentes.

Este estudo também observou que mulheres que tiveram parto vaginal avaliaram ter tido melhor acolhimento nos serviços de saúde estudados. A melhor avaliação pode estar relacionada com a realização da expectativa das mulheres em ter parto vaginal ou a intervenções positivas como o uso de métodos não farmacológico para alívio da dor, assistência por vários profissionais e apoio de acompanhante. A Rede Cegonha tem feito grandes investimentos no esclarecimento das vantagens do parto vaginal em detrimento da cesariana. Isso acontece nas consultas de pré-natal e na vinculação à maternidade de referência da gestante, inserção da enfermeira obstétrica no acompanhamento ao parto, demonstrando as condições para um bom parto <sup>28,29</sup>, entre outras ações.

A percepção de pior acolhimento foi de mulheres que fizeram parto cesariana. Essa percepção pode estar associada ao desconforto vivenciado pelas gestantes acerca do excesso de intervenção dos profissionais no manejo desse tipo de parto, como também no desconforto pós-intervenção cirúrgica.

Em estudo realizado por Leal et al. <sup>30</sup> sobre intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual aponta que é prática da obstetrícia brasileira a pressa em provocar o nascimento das crianças, sem respeito à autonomia das mulheres no processo de parturição.

O controle do tempo e a imposição da dinâmica do trabalho de parto e parto explicam o índice excessivo de intervenções, incluindo as cesarianas, fazendo com que a assistência ao parto no Brasil seja focada na decisão do médico, e não na dinâmica do corpo da mulher. No hospital, esse processo se apresenta com a imposição de uma cascata de intervenções que não se baseiam em evidência científica e produzem um parto ruim.

Em outro estudo relacionado ao processo de decisão pelo tipo de parto, foi sinalizado que parto cesariana, pela recuperação lenta e pelo menor apoio nas realizações dos trabalhos domésticos, apresenta menor satisfação em mulheres de classes econômicas menos favorecidas. O parto vaginal foi o que apresentou maior preferência entre mulheres. As razões referidas a essa preferência foram relacionadas à recuperação mais rápida e fácil, assim como experiências anteriores positivas com esse tipo de parto, independentemente do local de parto ou classe social das mulheres <sup>17</sup>.

Entretanto, diante da impossibilidade de definir, nesta pesquisa, se a decisão da cesariana foi devido à urgência obstétrica, a percepção de pior acolhimento poderia estar relacionada à rapidez necessária para a realização desse procedimento.

Apesar de este estudo apresentar percentual maior de partos vaginais (56,1%) que de cesarianas, a proporção de cesariana no Brasil ainda é superior ao recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) <sup>12,28,31</sup>. Isso pode se relacionar a uma característica intervencionista e medicalizada da atenção ao parto no Brasil, em que o modelo tecnocrático da assistência obstétrica possibilita a utilização acrítica de novas tecnologias e incorporação de grande número de intervenções (muitas vezes desnecessárias), não considerando as mulheres em sua totalidade física, psíquica, afetiva e seus valores <sup>31</sup>, em desacordo com o que preconiza a estratégia da Rede Cegonha, que tem o acolhimento como uma tecnologia capaz de reorganizar a lógica de funcionamento dos serviços na prestação do cuidado <sup>18</sup>.

Dodou et al. <sup>2</sup> dizem que, para promover uma assistência humanizada, é necessário que a equipe de saúde saiba ouvir as parturientes e suas necessidades, valorizando assim sua história de vida e os aspectos sociais, psicológicos e emocionais envolvidos, que podem influenciar de modo significativo sua vivência no parto.

As puérperas associam o cuidado na maternidade à forma como foram tratadas pelos profissionais envolvidos. Atribuem as qualidades e aspectos humanos dos profissionais, como a capacidade de se comunicar, paciência, educação e atenção, como determinantes do modo como a assistência e o relacionamento se estabelecem. A relação humana se torna, então, um fenômeno decisivo para determinar a dimensão do acolhimento, do vínculo, da confiança e do compartilhamento que surge

entre as pessoas envolvidas. Para que esse relacionamento ocorra de forma satisfatória, é necessário também que uma boa comunicação seja estabelecida <sup>2</sup>.

Nesse mesmo sentido, Silva et al. <sup>31</sup> referem que o respeito ao direito das pessoas e a confiança das gestantes e/ou puérperas nos profissionais demonstrou alta proporção de satisfação, retratando a capacidade dos serviços de saúde de atender às necessidades das gestantes na perspectiva dos direitos de cidadania, sendo reforçada a situação quando a maioria das gestantes relatou receber apoio em seus momentos de dor e medo. Houve grande insatisfação quanto à privacidade e à impossibilidade de fazer reclamações, o que evidenciou problemas de adequação da estrutura hospitalar. Outro estudo também identificou avaliações positivas das mulheres relacionadas ao respeito, à confiança e ao trabalho dos profissionais <sup>2</sup>.

Entre os pontos fortes deste estudo estão sua abrangência nacional com uma amostra expressiva; ser o primeiro estudo realizado após a estruturação da estratégia Rede Cegonha com representatividade amostral por regiões geográficas e a inclusão de todos os estabelecimentos de saúde que realizavam partos com PAR aprovado, aumentando a validade externa do estudo. Além disso, a utilização de modelagem de equações estruturais permitiu a construção de uma variável desfecho latente, potencialmente reduzindo viés de aferição. Outro ponto foi a realização das entrevistas ainda na maternidade, o que auxiliou na redução do viés de memória.

Entre as limitações, indica-se que a realização da entrevista no local do parto pode limitar a expressão de opiniões críticas ao serviço por receio de retaliações, aumentando avaliações positivas sobre os estabelecimentos de saúde avaliados. Outro motivo pelo qual os resultados apresentados podem aparecer como potencialmente melhores do que a realidade se deve à não inclusão de serviços de saúde não vinculados à Rede Cegonha, tanto da rede privada quanto da pública. Além disso, a resposta ao questionário aplicado durante a internação da puérpera pode não representar exatamente todo o período de internação dessas mulheres. O fato de não terem sido entrevistadas mulheres com quadro clínico grave como as internadas em unidades de terapia intensiva constitui outra limitação deste estudo. Puérperas com complicações podem ter percepção diferente de acolhimento e experiência de parto/cesariana quando comparadas com puérperas de risco habitual. A ausência dessas informações impediu sua inclusão neste estudo.

Diante deste contexto, conclui-se que puérperas com idade acima dos vinte anos, com maior escolaridade e que tiveram parto vaginal têm uma percepção mais positiva da forma como foram acolhidas nos serviços de saúde brasileiros, possivelmente por terem melhor compreensão dos seus direitos. Ainda persiste pior acolhimento pelos serviços e profissionais de saúde a puérperas de cor parda ou preta em relação às puérperas de cor branca, sugerindo a continuidade de práticas discriminatórias institucionais, com impacto na forma como é o acolhimento da puérpera no parto.

## Colaboradores

A. L. Nunes contribuiu com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica, e é responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade do texto. E. B. A. F. Thomaz, J. R. O. Pinho e L. C. Silva contribuíram na redação e revisão crítica. D. C. Chagas e M. T. S. S. B. Alves contribuíram com a análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

## Informações adicionais

ORCID: Ana Lúcia Nunes (0000-0001-7126-5645); Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz (0000-0003-4156-4067); Judith Rafaelle Oliveira Pinho (0000-0001-8857-8138); Leonardo Carvalho Silva (0000-0002-9131-4632); Deysianne Costa das Chagas (0000-0003-0239-6662); Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves (0000-0002-4806-7752).

## Referências

1. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2000; 8 jul.
2. Dodou HD, Rodrigues DP, Oriá MOB. O cuidado à mulher no contexto da maternidade: caminhos e desafios para a humanização. Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J, Online) 2017; 9:222-30.
3. Carvalho LB, Freire JC, Bosi MLM. Alteridade radical: implicações para o cuidado em saúde. Physis (Rio J.) 2019; 19:849-65.
4. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_obstetricia\\_2017.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf) (acessado em 30/Jun/2019).
5. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Diário Oficial da União 2011; 27 jun.
6. Merhy E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, Malta DC, Reis A, organizadores. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xama; 1998. p. 103-20.
7. Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, Pereira AV, Branco MBLR, Silva LA. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. Esc Anna Nery Rev Enferm 2015; 19:614-20.
8. Silva MZN, Andrade AB, Bosi MLM. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na atenção básica. Saúde Debate 2014; 38:805-16.
9. Pedrosa CNLS, López LC. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre -RS. Physis (Rio J.) 2017; 27:1163-84.
10. Menezes DCS, Leite IC, Schramm JMA, Leal MC. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. Cad Saúde Pública 2006; 22:553-9.
11. Melo ECP, Knupp VMAO, Oliveira RB, Tonini T. A peregrinação das gestantes no Município do Rio de Janeiro: perfil de óbitos e nascimentos. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(sp):804-9.
12. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. Lancet 2011; 377:32-46.
13. Mattar LD, Diniz CSG. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. Interface (Botucatu) 2012; 16:107-19.

14. Leal MC, Theme-Filha MM, Moura EC, Cecatti JG, Santos LMP. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2015; 15:91-104.
15. Alves MTSSB, Chagas DC, Santos A, Simões VMF, Ayres BVS, Santos GL, et al. Desigualdade racial nas boas práticas e intervenções obstétricas no parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha. *Ciênc Saúde Colet* 2021; 26:837-46.
16. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl 1:S101-16.
17. Vilela MEA, Leal MC, Thomaz EB, Gomes MASM, Bittencourt SDA, Gama SGN, et al. Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. *Ciênc Saúde Colet* 2020; 26:789-800.
18. Bittencourt SDA, Vilela MEA, Marques MCO, Santos AM, Silva CKRT, Domingues RMSM, et al. Atenção ao parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. *Ciênc Saúde Colet* 2021; 26:801-21.
19. Neves JAB. Modelo de equações estruturais: uma introdução aplicada. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública; 2018.
20. Marôco J. Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software & aplicações. 2ª Ed. Pêro Pinheiro: Report Number; 2014.
21. Wang J, Wang X. Structural equation modeling: applications using Mplus. Noida: Thomson Digital; 2012.
22. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:100-7.
23. Cunha SF, D'Eça Júnior A, Rios CTF, Pestana AL, Mochel EG, Paiva SS. Peregrinação no anteparto em São Luís – Maranhão. *Cogitare Enferm* 2010; 15:441-7.
24. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2017; 33 Suppl 1:e00078816.
25. Geledés – Instituto da Mulher Negra. Racismo institucional: uma abordagem conceitual. <https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2013/05/FINAL-WEB-Racismo-Institucional-uma-abordagem-conceitual.pdf> (acessado em 20/Abr/2021).
26. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc* 2016; 25:535-49.
27. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Vilela MEA, Alves MTSSB, Neri MA, Queiroz RCS, et al. Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. *Ciênc Saúde Colet* 2021; 26:823-35.
28. d'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl 1:S154-68.
29. Theophilo RL, Rattner D, Pereira ÉL. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da ouvidoria ativa. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23:3505-16.
30. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme-Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl 1:S17-32.
31. Silva ALA, Mendes ACG, Miranda GMD, Souza WV. A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. *Cad Saúde Pública* 2017; 33:e00175116.

## Abstract

*This study aimed to analyze sociodemographic and reproductive factors associated with childbirth care in health services affiliated with the Stork Network in Brazil, from the users' perspective. The sample included 10,540 postpartum women from 606 services. The outcome was the latent variable reception of the patient, consisting of five indicators: healthcare staff members introducing themselves stating their names and roles, calling the pregnant woman by her name, the patient's understanding of the information provided, the patient feeling well treated and respected, and the patient having her needs met by the staff. The explanatory variables were maternal age, schooling, skin color, marital status, type of delivery, parity, and number of services visited before admission for childbirth. Most of the women were 20 to 34 years of age (68.31%), self-identified as brown (56.3%), had 9 to 11 years of schooling (56.1%), and were married or lived with the partner (78.8%). There was a predominance of vaginal delivery (56.6%), with one or two previous children (46%), and reports of not having gone to more than one maternity service to be admitted (91.9%). There was a direct positive effect on reception for childbirth from patient's higher age (SC = 0.094;  $p < 0.001$ ) and more schooling (SC = 0.096;  $p < 0.001$ ). Cesarean delivery had a direct negative effect (SC = -0.059;  $p < 0.002$ ), and black and brown skin color had direct and indirect negative effects (SC = -0.081;  $p < 0.001$  and SC = -0.014;  $p < 0.001$ ). Older postpartum women and those with more schooling and vaginal delivery had a more positive perception of their reception by maternity services.*

*User Embracement; Perinatal Care; Maternal-Child Health Services; Parturition*

## Resumen

*El objetivo de este estudio fue analizar los factores sociodemográficos y reproductivos, asociados a la acogida en el parto, en establecimientos de salud vinculados a la Red Cegonha en Brasil, desde la perspectiva de las usuarias. Se seleccionaron 606 servicios en una muestra de 10.540 puérperas. El resultado fue la variable latente de acogida de la puérpera, compuesta por cinco indicadores: presentación de los profesionales con nombre y función, llamar a la gestante por el nombre, comprensión de la información proporcionada, sentirse bien tratada y respetada y contar con las necesidades cubiertas por el equipo. Las variables explicativas fueron: edad, escolaridad, color de piel, situación conyugal, tipo de parto, paridad y desplazamientos largos. Se utilizó un modelado de ecuaciones estructurales. Se observaron mayores porcentajes de mujeres con una edad comprendida entre los 20 a los 34 años (68,31%), que se auto-declararon mestizas (56,3%), con una escolaridad entre 9 y 11 años de estudio (56,1%) y que tenían compañero (78,8%). Hubo una predominancia de puérperas que tuvieron un parto vaginal (56,6%), con de 1 a 2 hijos (46%) y que informaron no realizar grandes desplazamientos (91,9%). Presentaron un efecto directo positivo sobre la acogida mujeres con mayor edad (CP = 0,094;  $p < 0,001$ ) y mayor escolaridad (CP = 0,096;  $p < 0,001$ ). El parto por cesárea presentó un efecto directo negativo (CP = -0,059;  $p < 0,002$ ) y color de la piel negra y mestiza presentó efectos directo e indirecto negativos (CP = -0,081;  $p < 0,001$  e CP = -0,014;  $p < 0,001$ ). Puérperas con mayor edad, mayor escolaridad y que tuvieran parto vaginal tuvieron una percepción más positiva de acogida en los servicios de salud.*

*Acogimiento; Atención Perinatal; Servicios de Salud Materno-Infantil; Parto*

Recebido em 21/Set/2021  
Versão final reapresentada em 28/Jan/2022  
Aprovado em 03/Fev/2022