



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



ANA LÚCIA NUNES

**ACOLHIMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE BRASILEIROS DE OCORRÊNCIA
DE PARTO DA REDE CEGONHA NA PERSPECTIVA DAS USUÁRIAS**

São Luís – MA

2021

ANA LÚCIA NUNES

**ACOLHIMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE BRASILEIROS DE OCORRÊNCIA
DE PARTO DA REDE CEGONHA NA PERSPECTIVA DAS USUÁRIAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva da Universidade Federal do
Maranhão como requisito para defesa e obtenção do
título de Mestre em Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de
Britto e Alves.

Co-orientadora: Profa. Dra. Deysianne Costa das Chagas.

São Luís - MA

2021

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

NUNES, Ana Lúcia.

ACOLHIMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE BRASILEIROS DE
OCORRÊNCIA DE PARTO DA REDE CEGONHA NA PERSPECTIVA DAS
USUÁRIAS / Ana Lúcia NUNES. - 2021.

77 p.

Coorientador(a): Deysianne Costa das Chagas.

Orientador(a): Maria Teresa Seabra Soares de Britto e
Alves.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Saúde Coletiva/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São
Luís, 2021.

1. Acesso. 2. Acolhimento. 3. Cuidado. 4. Rede
Cegonha. 5. Sociodemográfico e Reprodutivo. I. Alves,
Maria Teresa Seabra Soares de Britto e. II. Chagas,
Deysianne Costa das. III. Título.

**ACOLHIMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE BRASILEIROS DE OCORRÊNCIA
DE PARTO DA REDE CEGONHA NA PERSPECTIVA DAS USUÁRIAS**

ANA LÚCIA NUNES

Dissertação aprovada em _____ de _____ de _____ pela banca
examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves
Orientadora
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Prof. : Profa. Dra. Deysianne Costa das Chagas
Coorientadora
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Profa. Dra. Silvana Granado Nogueira da Gama
Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ)

Profa. Dra. Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Profa. Dra. Laura Lamas Martins Gonçalves
Universidade do Vale do Rio Sinos (Unisinos)

Suplente

À minha **Mãe Lúcia** e ao meu **Pai Regino** (*In
Memorian*) que me diziam que a única riqueza
que eles me deixavam era o estudo.

AGRADECIMENTOS

À Deus por sempre me dar força em toda a minha caminhada.

À minha família Bruno, André, Rafa, Ana Valentina, Tia Meires, Irmãos, Noras, Sobrinho(as) que compreenderam minhas ausências e pelo apoio em todos os momentos.

À minha Orientadora Professora Teresa Seabra e a minha Coorientadora Professora Deysiane Chagas, por compartilhar os seus conhecimentos e pelo grande apoio neste processo de fazer ciência.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PGSC) pelo apoio, compartilhamento dos saberes e dificuldades desta caminhada.

À Professora Zeni Lamy que sempre me estimulou a fazer o mestrado e pelo companheirismo no trabalho que desenvolvemos juntas no aprimoramento da estratégia Rede Cegonha e na construção da Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança quando estive como consultora da criança para o Estado do Maranhão que ajudou a compreender o contexto do cuidado do binômio mãe e filho e seus grandes desafios.

Aos amigos queridos Marilaine Santiago, Cynthia Griselda, Leandro Marques, Josélia Rodrigues, Lourdes Carvalho, Milton Ferreira pela dedicação dos seus tempos livres no apoio à organização deste trabalho.

Ao querido amigo e mestre Marcos Pacheco pelo incentivo e carinho neste processo de produção de conhecimento e em defesa do SUS.

Aos professores do PGSC que tem dado um caráter diferenciado a este Programa de Pós-Graduação reconhecido e acolhedor a todos que chegam.

À Professora Erika Thomaz que coordenou a Pesquisa de Avaliação de Maternidades da Rede Cegonha no Brasil e nos momentos de construção deste trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<i>Apice On</i>	- Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia
CAAE	- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CFI	- Índice de Ajustamento Comparativo
CFI/TLI	- Índice de Ajustamento Comparativo/Índice Tucker-Lewis
DSP/UFMA	- Departamento de Saúde Pública/ Universidade Federal do Maranhão
ENSP	- Escola Nacional de Saúde Pública Prof. Sergio Arouca
IOM	- Institute of Medicine
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PHPN	- Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNH	- Política Nacional de Humanização
PNAISM	- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RAS	- Redes de Atenção à Saúde
RMSEA	- Erro Quadrático Médio de Aproximação
RC	- Rede Cegonha
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva
WRMR	- Resíduo Quadrático Médio Ponderado
WLSMV	- Quadrados Ponderados Robustos Ajustados pela Média e Variância

NUNES, Ana Lúcia. **Acolhimento em serviços de saúde brasileiros de ocorrência de parto da rede cegonha na perspectiva das usuárias**. 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2021. 77 p.

RESUMO

Acolhimento pode ser compreendido como uma tecnologia que viabiliza condições favoráveis para o atendimento em tempo adequado no sistema de saúde independente de qualquer condição social e reprodutiva. Assim, o objetivo desta dissertação é avaliar os fatores sociodemográficos e reprodutivos associados ao acolhimento em serviços de saúde brasileiros de ocorrência de parto da rede cegonha na perspectiva das usuárias. Trata-se de um estudo transversal com dados da Avaliação das Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades no Âmbito da Rede Cegonha, realizado em 2017. Foram selecionados serviços de saúde onde ocorreram partos no período do estudo, totalizando 606 serviços e uma amostra de 10.540 puérperas com parto único. No modelo teórico proposto, a variável desfecho foi o acolhimento compreendido como as relações entre os sujeitos envolvidos no cuidado prestado nos serviços de saúde. As variáveis explicativas foram: idade, escolaridade, cor da pele autorreferida, situação conjugal, tipo de parto, paridade e acesso/peregrinação aos serviços. Foi utilizada modelagem de equações estruturais que permitiu avaliar os efeitos das variáveis explicativas. O maior percentual foi de serviços de saúde de gestão municipal (62,2%), hospital geral (81,9%), de risco habitual (79,3%), com porte de menos de 50 leitos (85,0%). Apresentaram efeito direto positivo sobre o acolhimento nos serviços de saúde onde ocorreram partos a idade ($CP=0,094; p<0,001$) e a escolaridade ($CP=0,096; p<0,001$) e apresentaram efeito direto negativo a cor da pele ($CP=-0,081; p<0,001$) e o tipo de parto ($CP=-0,059; p<0,002$). Conclui-se que puérperas com idade acima dos vinte anos, com maior escolaridade e parto vaginal avaliaram terem sido melhor acolhidas nos serviços de saúde brasileiros. Persiste pior acolhimento pelos serviços e profissionais de saúde a puérperas de cor parda ou preta e de menor idade e menor escolaridade.

Palavras-chave: Acolhimento. Cuidado. Acesso. Rede Cegonha. Sociodemográfico e Reprodutivo.

NUNES, Ana Lúcia. 2021. **Reception in Brazilian health services of occurrence of birth of Rede Cegonha from the perspective of users**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2021. 77 p.

ABSTRACT

Reception can be understood as a technology that enables favorable conditions for care in a timely manner in the health system, regardless of any social and reproductive condition. Thus, the objective of this dissertation is to evaluate the sociodemographic and reproductive factors associated with the reception in Brazilian health services of occurrence of birth of Rede Cegonha from the perspective of users. This is a cross-sectional study with data from the Survey on the Evaluation of Good Practices in Childbirth and Maternity Care in the ambit of the Rede Cegonha, carried out in 2017. Health services were selected where there were parts during the study period, totaling 606 services and a sample of 10.540 puerperal women. In the proposed theoretical model, the outcome variable was embracement understood as the relationships between those involved in the care provided in health services. The explanatory variables were: age, education, skin color, marital status, type of delivery, parity, and access/pilgrimage to services. It was to use equation modeling, which will evaluate the effects of the explanatory variables. The highest percentage of municipal managed health services (62.2%), general hospital (81.9%), of usual risk (79.3%), with a size of fewer than 50 beds (85.0%). They had a direct positive effect on the reception in health services where births occurred, age (CP = 0.094; $p < 0.001$) and education (CP = 0.096; $p < 0.001$) and a negative direct effect on skin color (CP = -0.081; $p < 0.001$) and the type of delivery (CP = -0.059; $p < 0.002$). It is concluded that puerperal women over the age of twenty, with higher education and vaginal delivery, evaluated that they were better received in Brazilian health services. Worse reception by health services and professionals persists for puerperal women of brown or black color and of lower age and less education.

Keywords: Reception. Attention. Access. Rede Cegonha. Sociodemographic. Reproductive.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Geral	11
2.2	Específicos	11
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
3.1	Acolhimento	12
3.2	Rede Cegonha	13
3.3	Acesso / peregrinação	16
3.4	Aspectos sociodemográficos e reprodutivos das usuárias do SUS	19
4	ASPECTOS METODOLÓGICOS	22
4.1	Delineamento do estudo	22
4.2	População, amostra e procedimento de coleta de dados	23
4.3	Modelo teórico e variáveis do estudo	23
4.4	Plano de análise.....	25
4.5	Aspectos éticos	26
5	RESULTADOS	27
5.1	Artigo.....	27
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
	REFERÊNCIAS	48
	APÊNDICES.....	54
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PUÉRPERA	55
	APÊNDICE B – DISPOSITIVOS, VARIÁVEIS E ITENS DE VERIFICAÇÃO NO QUESTIONÁRIO PUÉRPERA	57
	ANEXOS	61
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO – CEP.....	62
	ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	68
	ANEXO C - NORMAS DA REVISTA CADERNOS EM SAÚDE PÚBLICA	71

1 INTRODUÇÃO

Assegurar atenção qualificada respeitando os direitos das mulheres durante a gravidez, parto e puerpério e das crianças até os 24 meses é premissa da Rede Cegonha. No âmbito da obstetrícia, o acolhimento nos serviços de saúde, onde ocorreram partos, assume peculiaridades próprias às necessidades e demandas relacionadas ao período gravídico puerperal.

Acolhimento compreendido como tecnologia para viabilizar o direito ao acesso e se traduz na recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa e permitindo que ele expresse suas preocupações. Neste contexto, acolhimento significa prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família e garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2017).

A falta de conhecimento e os mitos que rodeiam a gestação, o parto e o nascimento levam, muitas vezes, à insegurança e à preocupação da mulher e seus familiares. A falta de informação clara e objetiva, mesmo quando a gestante é acompanhada no pré-natal, é um dos fatores que faz com que ela procure os serviços de urgência e maternidades com frequência (BRASIL, 2017).

A alteração desse modelo assistencial vigente só é possível com suporte em uma mudança no núcleo tecnológico do cuidado fundamentada no acolhimento como modo de se produzir saúde. Tais tecnologias são aquelas produzidas no trabalho vivo em ato, compreendendo relações de interação e intersubjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo e responsabilização (MERHY, 1998).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), o acolhimento está para além da organização da estrutura física e se materializa pela forma como o profissional e/ou serviço presta um atendimento resolutivo, acolhendo e orientando os usuários e suas famílias, dando respostas às suas queixas e necessidades de atenção à saúde. 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 (BRASIL, 2014).

Cunha *et al.* (2010) destacam que desde 2000, com a instituição da Política de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) pelo Ministério da Saúde, a gestante tem assegurado atendimento digno e de qualidade durante a gestação, parto e puerpério, assim como o direito de saber antecipadamente e ter acesso assegurado à maternidade na qual será atendida

no momento do parto.

Entretanto, a precária organização da rede de atenção pode ocasionar uma falta de bom acolhimento nas maternidades. Alguns autores apontam que ainda existe um descompasso entre a vivência das mulheres na assistência ao parto e o que está determinado nas portarias, que estabelecem a efetivação do acesso ao pré-natal e à assistência ao parto seguro e cuidadoso (CUNHA *et al.*, 2010).

Segundo Lansky *et al.* (2014), em estudo realizado da pesquisa Nascer do Brasil abordam a inadequação do pré-natal e da atenção ao parto e observaram qualidade não satisfatória da assistência. Também ressaltaram que a peregrinação de gestantes para o parto de crianças nascidas com peso menor que 1.500g em hospital sem Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal remetem a lacunas na organização da rede de saúde.

Dessa forma, é possível perceber a importância do acolhimento para a qualidade do cuidado e produção de boas práticas da gestão e dos profissionais de saúde, além da alteração do modo de se relacionar com as usuárias das maternidades. Dodou, Rodrigues e Oriá (2017) apontam que o modo como as relações se estabelecem no cuidado à parturiente e a valorização das tecnologias leves de cuidado em detrimento das demais, tornam-se decisivos para a qualidade do serviço de saúde e a humanização da assistência que é oferecida.

Vale ressaltar que os fatores sociodemográficos e reprodutivos podem estar relacionados ao acolhimento e peregrinação das gestantes nos serviços de saúde e que classe social, escolaridade, raça, idade, situação conjugal, orientação sexual são marcadores importantes para verificar a forma de acesso, cuidado e atenção das mulheres no contexto de assistência e atenção à saúde sexual e reprodutiva (LEAL *et al.*, 2015).

Diante deste contexto e considerando que as evidências existentes são anteriores a 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, este estudo pretende avaliar os fatores sociodemográficos e reprodutivos associados ao acolhimento nos serviços de saúde brasileiros da rede cegonha na perspectiva das usuárias.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar os fatores sociodemográficos e reprodutivos associados ao acolhimento ao parto em estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha na perspectiva das usuárias.

2.2 Específicos

- a) Caracterizar os estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha por porte, nível de complexidade e condição de gestão;
- b) Caracterizar o perfil sociodemográfico e reprodutivo das puérperas em estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha;
- c) Avaliar os efeitos de fatores sociodemográficos e reprodutivos do acolhimento ao parto em estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Acolhimento

Segundo o Glossário da Política Nacional de Humanização (PNH) acolhimento:

[...] traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Significa prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2017, p. 13).

Permeando todos os espaços do serviço e da Rede de Atenção à Saúde (RAS), o acolhimento é, a princípio, uma postura a ser exercida por todas as equipes para melhor escutar e atender às necessidades singulares da mulher/gestante. Nessa perspectiva, acolher significa pensar também na cogestão dos processos de trabalho, das equipes, dos serviços e das redes, sempre se sinalizando à perspectiva da clínica ampliada. Nesse sentido, o acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser também um dispositivo de mobilização de redes “internas”, “externas” e multiprofissionais implicadas com as respostas às necessidades dos usuários e famílias (BRASIL, 2017).

Para Merhy (2002), a alteração do modelo assistencial vigente só é possível com suporte em uma mudança no núcleo tecnológico do cuidado fundamentada no acolhimento como modo de se produzir saúde. Tais tecnologias são aquelas produzidas no trabalho vivo em ato, compreendendo relações de interação e intersubjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo e responsabilização.

Acolhimento também compreendido como uma tecnologia para viabilizar o direito ao acesso, atendimento em tempo adequado, passou a ser adotado no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da reivindicação dos usuários, dos conselhos e das conferências de saúde. Nessa lógica, o acolhimento é estratégico para o SUS para qualificar a assistência, fomentar e ampliar relações humanas, democráticas e de solidariedade entre profissional-usuário, reconhecidos como sujeitos e participantes ativos no processo de produção da saúde (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, o acolhimento favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços. Ressalta-se que o ato de acolher não deve se restringir a uma atitude voluntária de “favor” e “bondade” por parte de alguns 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 daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento (BRASIL, 2017).

No contexto da Rede Cegonha, o acolhimento da mulher e acompanhante tem função singular na construção de um vínculo de confiança com os profissionais e serviços de saúde, favorecendo seu protagonismo especialmente no momento do parto. Habitualmente, queixas comuns da gestação podem camuflar situações clínicas que demandam ação rápida, o que exige preparo das equipes para uma escuta qualificada e ganho de habilidade para julgamento clínico criterioso (BRASIL, 2017).

Acolhimento em Obstetrícia compreende o acolher as necessidades de saúde da mulher em todos os momentos de atenção na maternidade, com a finalidade da prestação de um cuidado resolutivo e humanizado, incluindo a classificação de risco seguindo critérios de priorização do atendimento com base na complexidade das necessidades e demandas (BRASIL, 2000).

Há autores que apontam o acolhimento como um processo de relações humanas, o qual 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. Dodou, Rodrigues e Oriá (2017) apontam ainda que o acolhimento se traduz em gestos simples na qual os profissionais chamam as gestantes pelo nome, informam sobre condutas e procedimentos a serem realizados por intermédio de uma linguagem adequada, escutam e valorizam as narrativas das usuárias, garantem sua privacidade, dentre outras atitudes humanizadoras passíveis de serem realizadas nos serviços de saúde (CARVALHO; FREIRE; BOSI, 2009).

Diante do exposto, pode-se compreender o acolhimento como as relações entre os sujeitos envolvidos no cuidado prestado nos serviços de saúde. Essa tecnologia tem sido interpretada como qualificadora do cuidado e assistência à saúde.

3.2 Rede Cegonha com uma Rede de Atenção (RAS)

No Brasil e no mundo, desde a década de 80, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil (MS), juntamente com outras organizações, propuseram mudanças no modelo de assistência, pois o modelo existente era apontado pelos movimentos de mulheres e redes de parto humanizado como iatrogênico e inadequado às necessidades das mulheres de uma maneira geral (PASCHE *et al.*, 2014).

Diante disso, houve um processo de reversão do modelo vigente de atenção ao parto e nascimento, sustentado pelo que sinaliza os organismos internacionais. Pasche *et al.* (2014) dizem que várias políticas públicas nacionais foram desenvolvidas nas últimas décadas dentre as quais eles citam o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) - Portaria nº 569/2000 (BRASIL, 2000); o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal de 2004 (BRASIL, 2004a); o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal; o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e da Amazônia Legal, ambos de 2009-2010 (BRASIL, 2010).

Na sequência, foi instituída a Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 que estabeleceu diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS. Ao mesmo tempo, foi também sancionado em 2011, o Decreto 7.508/2011 que regulamentou a Lei 8080/90 e dispõe sobre a organização do SUS, planejamento, assistência à saúde e a articulação interfederativa, reforçando a reorganização da atenção em territórios definidos e estabelecendo que a assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção, ou seja, o acesso é ordenado pela entrada na Atenção Primária para depois seguir para a atenção especializada ambulatorial e hospitalar.

A RAS é traduzida pelo conceito de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado. E tem como objetivo promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

As RAS são uma proposta que busca a superação da fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e buscam aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar aos usuários um conjunto de ações e serviços que funcionem com efetividade e eficiência (PASCHE *et al.*, 2014).

Um conceito de RAS que é convergência entre os autores é o adotado por Silva (2014), que descreve as RAS como uma imagem que representa uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas da atenção estejam articulados e adequados para o atendimento integral aos usuários e promoção da saúde.

Peiter *et al.* (2019), dizem que no Brasil o SUS, organizado por meio do estabelecimento das Redes de Atenção, busca qualificar a atenção por meio da ampliação do acesso e longitudinalidade do cuidado, tendo como objetivo o alcance da integralidade.

No âmbito da saúde materno-infantil, destaca-se a Portaria Ministerial nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS. Nesta portaria, a Rede Cegonha é definida como uma rede de cuidados que visa a assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável.

Essa rede tem como princípios: o respeito à proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011).

E seus objetivos são: fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

A partir da publicação da portaria, os gestores dos estados foram convidados a aderir a esta rede, constituir um grupo condutor e elaborar planos de ação regionais. Respeitando as seguintes diretrizes: acolhimento e classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante à unidade de referência e transporte seguro; boas práticas na atenção ao parto e nascimento segundo as recomendações da OMS; atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolubilidade; e acesso às ações do planejamento reprodutivo (VILELA *et al.*, 2020).

Assim, apesar de importantes progressos alcançados nas últimas décadas na busca de organização dos serviços, a mortalidade materna, o acolhimento e o acesso de forma adequada as maternidades ainda se constitui em um contexto longe do ideal, mantendo-se como um desafio a ser vencido, pois todas essas iniciativas têm demonstrado baixo impacto nesse indicador, apontando para necessidade de melhoria da qualificação do pré-natal e vinculação da gestante à maternidade, organização de rede assistencial para permitir que a gestante tenha a possibilidade de um acesso seguro ao seu local de parto (GAMA; THOMAZ; BITTRNCOURT, 2021).

Neste contexto, a Rede Cegonha apresenta-se como uma estratégia importante para superar esses desafios e induzir a implantação de um novo modelo mais coerente com as evidências das boas práticas obstétricas.

3.3 Acesso / peregrinação

Acesso é outro conceito relevante para compreensão do acolhimento das usuárias nos serviços. Segundo o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, acesso é: “[...] ato de ingressar, entrada, ingresso; possibilidade de chegar a aproximação, chegada; possibilidade de alcançar algo” (HOUAISS, 2001).

Para Pustai (2004) o acesso é discutido no contexto dos princípios do SUS, evidenciando suas características legais e suas características históricas e a função teleológica – ação racional organizada para produzir um fim, uma finalidade –, da cidadania na produção dos serviços de saúde.

O acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é compreendido como o indicativo de luta dos movimentos sociais, nos quais essa reivindicação passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania. Nessa perspectiva, o exercício da cidadania tem um grande potencial de produzir resultados concretos, tendo em vista as reais possibilidades de transformações e melhoria no atendimento aos problemas de saúde da população (PUSTAI, 2004).

Dessa maneira, o acesso vai além da conexão pura e simples ao conceito de porta de entrada; e configura-se como um “dispositivo” transformador da realidade. Partindo da premissa de que somente se garantirá o ingresso universal do usuário no sistema de saúde através da consciência de cidadania (PUSTAI, 2004).

Por outra vertente, o acesso equitativo aos serviços de saúde depende de políticas públicas que distribuam serviços no território segundo a necessidade de saúde das pessoas, mas que simultaneamente reduzam as barreiras financeiras para o uso destes serviços de saúde. Assim, a equidade diz respeito à justiça social, sendo um princípio com conteúdo político implícito. Nesse contexto, o acesso aos serviços e cuidados de saúde é uma questão que historicamente surge associada à preocupação com a redução de desigualdades sociais no consumo de serviços de saúde (SALES *et al.*, 2017).

Dentre as dimensões fundamentais do acesso, estão a disponibilidade e a acessibilidade geográfica aos serviços. Esta última aponta diretamente à relação do acesso a serviços com o território. Entretanto, outros indicadores – como a renda das pessoas e a aceitabilidade – podem mudar o efeito da acessibilidade geográfica na capacidade das pessoas de adquirir cuidado de saúde quando dele precisar. A condição econômica do indivíduo é capaz de possibilitar o acesso a serviços, mesmo quando estes estão disponíveis apenas em localidades distantes da residência dos que podem pagar por estes serviços (SALES *et al.*, 2017).

Há autores que apontam que as desigualdades em saúde são tema das discussões que envolvem políticas públicas em diversas nações no mundo. Caracterizam que as desigualdades no acesso à saúde estão profundamente ligadas aos cenários políticos nacionais e internacionais, às políticas sociais e econômicas e a fenômenos como globalização e crescimento econômico. Eles refletem sobre o conceito de acesso à saúde a partir de quatro grandes dimensões (SANCHEZ; CICONELLI, 2012):

- a) *Disponibilidade* - constitui-se na representação da existência ou não do serviço de saúde no local apropriado e quando é necessário, compreende também a relação com abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados;
- b) *Capacidade de Pagamento* - compreendido como a relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos e engloba conceitos relacionados ao financiamento do sistema de saúde;
- c) *Informação* – resultado da comunicação entre o sistema de saúde e o indivíduo;
- d) *Aceitabilidade* – compreende a natureza dos serviços prestados e como eles são percebidos pelos indivíduos e pela comunidade.

Os autores destacam que algumas variáveis demográficas e socioeconômicas, como gênero, idade, renda e raça/cor são importantes em relação ao acesso à saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Vale ressaltar que essas variáveis podem associar-se ao acesso à saúde de diferentes formas diante do contexto de vida dos indivíduos. Segundo Sorkin, Ngo-Metzger e De Alba (2010) dizem que as minorias raciais e étnicas nos Estados Unidos são desproporcionalmente afetadas pela baixa qualidade nos cuidados com a saúde e que o gênero também exerce influência importante sobre o acesso aos cuidados com a saúde. Em algumas sociedades, como o Paquistão, as mulheres não podem tomar decisões por si próprias, nem mesmo procurar pelo cuidado com a saúde sem a permissão e o auxílio do chefe da família. Desta forma, essas mulheres recebem potencialmente menos cuidados durante o tratamento do que os homens. Por outro lado, em sociedades ocidentais, pode ocorrer o inverso: as mulheres tendem a mostrar melhor predisposição para o uso dos serviços de saúde do que os homens.

As dificuldades de acesso têm sido uma constante na vida de muitas mulheres no Brasil. Essas barreiras no acesso se traduzem no que é denominado na literatura como peregrinação da gestante em trabalho de parto considerando a disponibilidade de vaga em maternidade com perfil adequado à necessidade da gestante, o grau de risco e a organização do

serviço Menezes *et al.* (2006). Essa barreira pode influenciar na forma de acolhimento das usuárias nos serviços de saúde.

Antes da proposição da Rede Cegonha, alguns autores apontavam que além das longas distâncias a serem percorridas, faltava também um sistema de transporte eficaz e um sistema de comunicação e referenciamento adequado (MENEZES *et al.*, 2006).

A adequação do atendimento está associada à “superutilização” e “subutilização” dos serviços. Superutilização se refere a pacientes de baixo risco que são internadas em maternidades de maior complexidade. Essa “superutilização”, em geral, é associada ao “autoreferenciamento” (“*self-referral*”), ou seja, pacientes buscam atendimento em maternidades de maior complexidade porque entendem que elas abrigam mais recursos, ou muitas vezes apenas porque são mais próximas do domicílio (MENEZES *et al.*, 2006).

Evidências na literatura apontam que a peregrinação vai se configurando pela falta de organização da rede de atenção, ocasionado pela escassez de oferta de leitos. Para Leal *et al.* (2015) no Brasil, a alta cobertura do atendimento hospitalar na assistência ao parto é ainda permeada com obstáculos no acesso à maternidade. Existe desorganização do sistema de saúde na oferta dos leitos obstétricos e neonatais, com maior concentração da oferta nas capitais dos estados, onde se concentram os serviços com maiores recursos tecnológicos.

Estudo realizado em 2015, que avaliou a qualidade da atenção ao parto hospitalar na rede pública hospitalar em 8 maternidades da região metropolitana do Recife/PE, vinculados e não vinculados à Rede Cegonha, a partir da avaliação da satisfação das gestantes usuárias do SUS, observou que mais da metade das gestantes investigadas passaram por mais de duas unidades hospitalares na busca por atendimento no momento do parto. O estudo também apontou que a ambulância e o carro próprio foram os meios de transportes mais utilizados, que as gestantes levaram mais de duas horas para chegar à maternidade para receber atendimento e quase a totalidade delas não receberam auxílio financeiro para o deslocamento, conforme preconizado pela rede cegonha (SILVA *et al.*, 2017).

A falta de conexão entre os serviços que prestam assistência pré-natal e aqueles que disponibilizam assistência ao parto, associada a problemas na organização dos serviços de saúde, à carência e má distribuição de vagas e leitos obstétricos representa um obstáculo entre a busca e a obtenção dos serviços para as gestantes no SUS (SILVA *et al.*, 2017).

Os achados desta pesquisa demonstram que apesar de algumas conquistas identificadas na organização da rede cegonha, há a necessidade de reorganização da política de assistência obstétrica, assim como o fortalecimento do processo de regionalização, consolidação das redes de atenção, regulação do acesso e definição de fluxos de referência e

contrarreferência. Para que desta forma, a peregrinação, os longos deslocamentos na busca por atendimento no momento do parto, a desconexão entre a assistência pré-natal e a má distribuição dos serviços e leitos sejam superados, garantindo assim o acesso oportuno e equânime aos serviços (SILVA *et al.*, 2017).

Já Viella *et al.* (2014), ao investigarem a assistência ao pré-natal no Brasil a partir da Pesquisa Nascer no Brasil, indicaram que um número expressivo de gestantes precisou procurar mais de uma unidade de saúde para realização do parto, com grandes variações entre as regiões do país, mostrando problemas na distribuição e oferta de leitos e a heterogeneidade da rede de atenção obstétrica. Os autores acrescentaram ainda que a demora em ser atendida no serviço pode estar associada tanto à dificuldade no sistema de transporte e referência em regiões específicas, quanto à disponibilidade e à qualidade da atenção nos serviços procurados.

Há evidências na literatura sobre a associação entre peregrinação e baixo peso ao nascer (recém-nascido < 2.500g de peso), reforçando os achados de que um dos grandes fatores limitantes para internação de pacientes no momento do parto é a necessidade de UTI neonatal. As maternidades conveniadas com o SUS são as que mais recusam parturientes. Parte dessas recusas ocorrem por serem gestantes de risco e, por isso, demandarem serviços especializados, muitas vezes ausentes nessas instituições (LEAL *et al.*, 2014).

3.4 Aspectos sociodemográficos e reprodutivos das usuárias do SUS

Ao refletir sobre o contexto da atenção e efetivação dos direitos das mulheres brasileiras na saúde reprodutiva e acesso de qualidade e humanizado na atenção ao parto e nascimento, vêm à tona questões relativas ao modo como os serviços e os profissionais conduzem o tratamento das usuárias nas maternidades.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, elaborada em 2004, incorporou o conceito de gênero para analisar as condições de vida e saúde das mulheres, identificando as demandas de mulheres negras, indígenas, lésbicas, transexuais e moradoras do campo e de florestas, de modo a garantir o direito à saúde, a ampliação do acesso e a redução de morbimortalidade e de desigualdades (BRASIL, 2004b). Uma das principais prioridades dessa política é promover atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada que se amplia com a adesão ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). (BRASIL, 2000).

Cresce tanto socialmente quanto nas pesquisas acadêmicas, o uso do conceito de violência obstétrica para denotar e denunciar as práticas abusivas sofridas pelas mulheres no

quadro da lógica tecnocrática e das hierarquias reprodutivas, que se expressam nas desigualdades de direitos na intersecção de gênero com outros marcadores sociais, como classe, raça, idade e orientação sexual (MATTAR; DINIZ, 2012; PEDROSO; LÓPEZ, 2017).

Leal *et al.* (2015) sinalizam que a idade e a escolaridade da mãe, o local de residência e duração do benefício Bolsa Família se associaram com adequação da atenção ao parto. As mulheres com mais idade, mais instruídas e que não recebem Bolsa Família têm os melhores resultados.

Desta forma, observa-se que as questões relacionadas a como classe social, escolaridade, raça, idade, situação conjugal, orientação sexual são marcadores importantes de análise para o delineamento da forma de cuidado e atenção das mulheres no cenário da assistência e atenção à saúde sexual e reprodutiva, onde inclui o parto e nascimento (LEAL, *et al.* 2015).

Diversos estudos apontam que a cor da pele tem se constituído com um marcador relevante para a forma de atendimento na atenção ao parto e nascimento (OLIVEIRA, 2019, CUNHA *et al.*, 2010; LEAL *et al.*, 2005). Segundo dados do Ministério da Saúde, 60% da mortalidade materna ocorre entre mulheres negras, contra 34% da mortalidade entre brancas. Esses dados apontam para um perfil de grande desigualdade no acesso e na utilização dos serviços de saúde. A mortalidade materna ganha contornos ainda mais graves quando se percebe que cerca de 90% dos óbitos poderiam ser evitados (BRASIL, 2016).

A autora destaca que:

[...] longo da história do Brasil, foram interiorizadas e naturalizadas práticas de um ideal racista segundo o qual o corpo negro está submetido ao sofrimento e a dor, tornando este corpo objeto do desprezo e do descaso quando se trata de cuidados. Essa atitude se dá não só no trato direto entre as pessoas, mas também no funcionamento das instituições, a partir do momento que escolhas são feitas, prioridades são eleitas, e qualquer atitude que torne diferenciado o atendimento a determinado grupo racial é o que se conceitua como racismo institucional: “a falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica” (CHARMICHEL; HAMILTON, 1967, p. 4 *apud* CRIOLA, 2010, p. 16 *apud* OLIVEIRA, 2019, p. 13-14).

Há ainda outros fatores associados à cor da pele no cuidado das usuárias e que é persistente a situação desfavorável das mulheres de pele preta e parda em relação às brancas. Nas mulheres pretas e pardas são maiores as proporções de puérperas adolescentes, com baixa escolaridade, sem trabalho remunerado e vivendo sem companheiro. Sofrer agressão física, fumar, tentar interromper a gravidez e peregrinar em busca de atenção médica é mais frequente entre as mulheres de cor preta e parda (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005).

Em relação ao tipo de parto, Victora *et al.* (2011), em estudo intitulado Saúde de Mães e Crianças no Brasil: progressos e desafios, sinalizam que cerca de 3 milhões de nascimentos ocorreram no Brasil em 2007 – 89% dos partos foram realizados por médicos e 8% por enfermeiras obstétricas (especialmente nas Regiões Norte e Nordeste). Quase metade (47%) dos partos ocorreu por operações cesarianas – essas cirurgias representaram 35% dos nascimentos pelo SUS, percentuais muito acima do recomendado pela OMS. Estes autores apontam ainda que partos por cesariana são mais frequentes entre mulheres de grupos socioeconômicos mais privilegiados, com maior escolaridade e mulheres brancas.

Em estudo realizado sobre fatores de preferência por tipo de parto, Domingues *et al.* (2014) apontam que há uma proporção elevada de primíparas com opção pelo parto vaginal, especialmente entre aquelas que realizaram partos nos serviços públicos e, que multíparas com cesariana anterior apresentaram preferência inicial pela cesariana, tanto nos serviços públicos, quanto nos serviços privados. As autoras acrescentam que em ambos os setores, as gestantes são submetidas a um modelo de atenção que torna o parto vaginal uma experiência dolorosa, sendo o medo da dor do parto a principal razão para a preferência por uma cesariana.

Autores apontam que existe desigualdades sociais e no acesso e utilização dos serviços de saúde considerando também a situação conjugal das mulheres. Leal, Gama e Cunha (2005), dizem que as desigualdades são mais visualizadas em puérperas pretas e pardas, adolescentes, com baixa escolaridade, sem trabalho remunerado e vivendo sem companheiro.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal a partir dos dados da “Avaliação das Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades no Âmbito da Rede Cegonha” realizada no ano de 2017 com abrangência para todo o Brasil.

Os critérios utilizados para inclusão dos serviços de saúde públicos e conveniados ao SUS na avaliação foram: serviços de saúde que realizavam acima de 500 partos em região de saúde, com plano de ação Rede Cegonha, independente de liberação de recurso; serviços de saúde que realizavam menos de 500 partos em uma região de saúde, com plano de ação Rede Cegonha e com liberação de recursos e serviços de saúde que não realizavam partos, mas com liberação de recursos. Esses critérios incluíram 606 serviços de saúde onde ocorreram parto e 20 serviços de retaguarda para internação de recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), totalizando 626 serviços avaliados. Neste estudo, foram selecionados estabelecimentos de saúde (Tabela 1) em que ocorreram partos no período do estudo, totalizando 606 serviços.

Tabela 1 - Distribuição dos estabelecimentos de saúde incluídas no estudo nas Regiões e Brasil, 2017.

	Grandes regiões					Brasil
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste	
Total	86	175	223	81	41	606

A pesquisa foi realizada pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão (DSP/UFMA) que ficou responsável pela avaliação dos serviços de saúde das regiões norte e nordeste e pela Escola Nacional de Saúde Pública Prof. Sergio Arouca (ENSP) da FIOCRUZ que ficou responsável pela pesquisa nos serviços de saúde das regiões sul, sudeste e centro oeste. A escolha dessas instituições se deu por suas experiências anteriores em processos avaliativos no SUS: Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica-PMAQ/AB e Pesquisa Nascer no Brasil, respectivamente (VILELA *et al.*, 2020).

Para efeito de levantamento dos dados da pesquisa de avaliação, foram realizadas entrevistas com puérperas, entrevistas com gestores dos serviços e gestores da obstetrícia e da neonatologia e profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), observação e análise documental. Para este estudo foram utilizados os dados das entrevistas com as puérperas.

4.2 População, amostra e procedimento de coleta de dados

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 significância de 5% e poder de 80%, totalizando um 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. Esta estratégia possibilitou a captação de 1.800 a 2.500 puérperas por região, com inclusão total de 10.665 puérperas distribuídas nos 606 estabelecimentos. Não foram incluídas puérperas com transtorno mental grave, que não compreendiam o idioma português; com deficiência auditiva; internadas por motivo de aborto, internadas na UI ou UTI no pós-parto e para puérpera internada que o parto foi realizado no percurso para a maternidade. (VILELA *et al.*, 2020).

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 (Apêndice A) em entrevista face a face, após pelo menos seis horas de pós-parto.

A aplicação dos questionários foi feita por profissionais com ensino superior na área da saúde e com experiência ou conhecimento de assistência materno infantil no Brasil.

Para este estudo, foram utilizados os dados dos questionários respondidos pelas puérperas. Do universo de 10.665 de puérperas elegíveis foram aplicados critérios de não inclusão de puérperas com parto gemelar, totalizando uma amostra de 10.540 puérperas (Tabela 2).

Tabela 2 - Amostra das puérperas entrevistadas consideradas para este estudo, segundo as regiões geográficas e Brasil, 2017.

	Regiões Geográficas e Brasil											
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro Oeste		Brasil	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	N	%*
Puérperas	1.976	13,7	2.115	31,2	2.493	36,4	2.081	11	1.840	7,7	10.540	100

Legenda: *percentual ponderado.

4.3 Modelo teórico e variáveis do estudo

Para construção do modelo teórico deste estudo foram selecionadas variáveis relacionadas ao acolhimento compreendido como as relações entre os sujeitos envolvidos no cuidado prestado nos serviços de saúde, considerando a Política Nacional de Humanização (PNH).

No modelo teórico, a variável latente foi o acolhimento das puérperas nos serviços de saúde e foi composta por cinco indicadores, a saber: “Desde o momento que você chegou nesta maternidade, quantos profissionais de saúde se apresentaram, informando o nome deles e a função” (*Aprenome*), “Quantos profissionais de saúde estão lhe chamando pelo nome nesta maternidade” (*Chanome*), “Com que frequência você está conseguindo entender as informações que vem recebendo durante sua internação nessa maternidade” “(*entendinf*)”, “Com que frequência você está se sentindo acolhida, bem tratada e respeitada durante sua internação, nessa maternidade”(*Sentacolhe*), “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*) (Figura 1).

As variáveis explicativas utilizadas no modelo foram: idade, escolaridade, cor da pele autorreferida, situação conjugal, tipo de parto, paridade, acesso a maternidade/peregrinação.

Para verificar a situação sociodemográfica foram utilizadas as informações do questionário das puérperas considerando as seguintes questões: “Qual a sua idade”, “Qual a sua cor da pele”, “Qual o último grau que cursou na escola”, “Qual a sua situação conjugal atual”.

Para verificar a situação reprodutiva relacionada à paridade e ao tipo de parto, buscou-se as seguintes questões: “Quantas vezes você já engravidou (sem contar com a gravidez atual)” e “Qual foi o tipo de parto que você teve”.

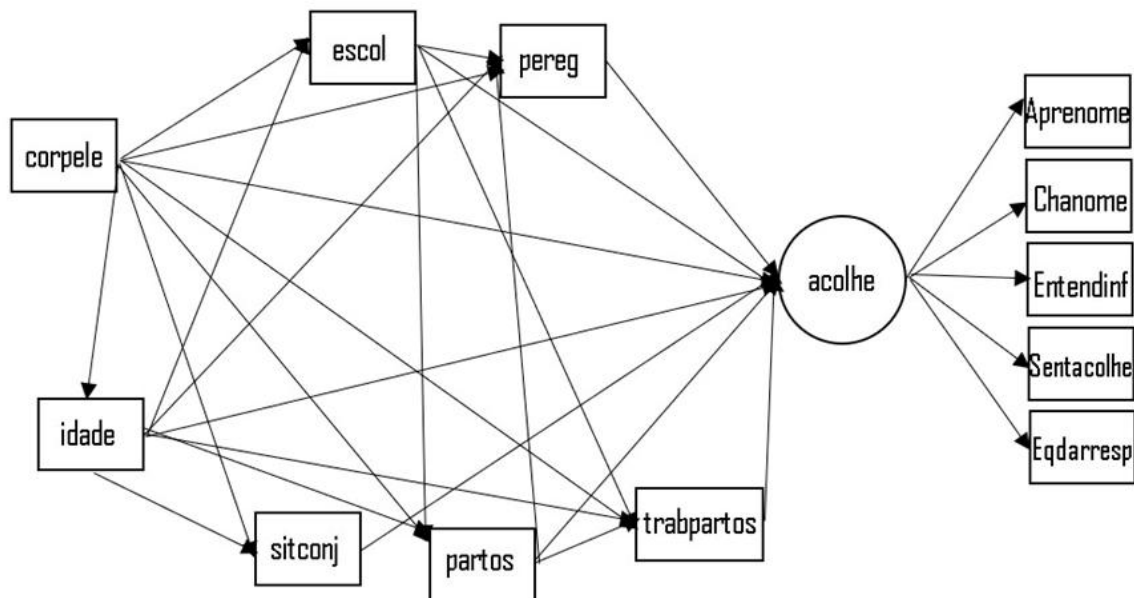
Para efeito de análise da situação sociodemográfica e reprodutiva, as variáveis foram categorizadas em:

- a) idade: 12 a 15 anos, 16 a 19 anos, 20 a 35 anos, acima de 35 anos;
- b) cor da pele autorreferida: branca, preta, parda, outros;
- c) escolaridade: menos de 05 anos de estudo, 05 a 08 anos de estudos, 09 a 11 anos de estudos, 13 ou mais anos de estudos;
- d) situação conjugal: com companheiro, sem companheiro;
- e) tipo de parto: cesariana, parto vaginal;
- f) paridade: Primípara, de 1 a 2 filhos, 3 filhos ou mais.

A variável acesso ao serviço de saúde/peregrinação foi construída a partir da resposta positiva à categoria “Não havia vaga” ou “O hospital estava sem médico plantonista ou hospital sem condição de atender” da questão “Por que não foi internada na(s) outra(s) maternidade(s)?”.

A Figura 1 mostra o modelo teórico proposto. Representada por retângulo, as variáveis explicativas cor da pele auto referida (*corpele*), escolaridade (*escol*), idade (*idade*), situação conjugal (*sitconj*), peregrinação (*pereg*), paridade (*partos*) e trabalho de parto (*trabpartos*) onde buscou-se verificar a relação entre estas variáveis e o acolhimento da puérpera (*acolhe*) representada por uma elipse por ser a variável latente.

Figura 1 - Modelo teórico do acolhimento das puérperas em serviços de saúde brasileiros da Rede Cegonha, 2017.



4.4 Plano de análise

Os cálculos de frequências e percentuais foram realizados no *software Stata*, versão 14.0 (*StataCorp LP, College Station, Estados Unidos*).

Para o ajuste do modelo, foi empregada modelagem de equações estruturais que investigou a influência dos fatores sociodemográficos e reprodutivos no acolhimento das usuárias nas maternidades Rede Cegonha no Brasil em 2017.

Como o modelo foi composto por variáveis contínuas e categóricas, foi utilizado o estimador de mínimos quadrados ponderados robustos ajustados pela média e variância (WLSMV). A parametrização THETA foi utilizada para controlar as diferenças de variâncias

residuais. Essas etapas foram realizadas com o *software Mplus*, versão 7.31 (Muthén & Muthén, Los Angeles, Estados Unidos) (MUTHÉN L. K.; MUTHÉN B. O., 2012).

Para determinar bom ajuste do modelo, foi considerado:

- a) valor de $p \geq 0,05$ para o teste do quiquadrado (χ^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 (CFI/TLI);
- d) valores da raiz do resíduo quadrático médio ponderado (WRMR) menores que 1 (WANG J.; WANG X., 2012).

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 10.000, um novo modelo poderia ser elaborado e analisado (WANG J.; WANG X., 2012).

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. Considerou-se haver efeito quando $p < 0,05$ (WANG J.; WANG X., 2012).

4.5 Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, via Plataforma Brasil com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), número 56389713.5.3001.5240, tendo parecer favorável sob o nº 1.866.931 (Anexo A). Aos entrevistados que concordaram, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B) antes do início da entrevista. Foi facultada a desistência sem qualquer prejuízo para os participantes, em qualquer etapa da pesquisa. Todos os procedimentos foram efetuados de acordo com os princípios de confidencialidade. Foram respeitados todos os princípios éticos que se referem a pesquisas envolvendo seres humanos, em consonância com a Resolução 466/2012 e suas complementares, que normatizam as pesquisas envolvendo seres humanos.

5 RESULTADOS

5.1 Artigo

ACOLHIMENTO AO PARTO EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE VINCULADOS À REDE CEGONHA NA PERSPECTIVA DAS USUÁRIAS

(a ser submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública)

**ACOLHIMENTO AO PARTO EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
VINCULADOS À REDE CEGONHA NA PERSPECTIVA DAS USUÁRIAS**

*RECEPTION TO BIRTH IN ESTABLISHMENTS LINKED TO THE REDE CEGONHA
FROM THE PERSPECTIVE OF USERS*

Ana Lúcia Nunes¹

Deysianne Costa das Chagas¹

Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves¹

¹Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Correspondência: Ana Lúcia Nunes

Endereço: Rua 28, Quadra 39 Casa 13, Recanto do Turu, Bairro do Turu, São Luís-MA.

CEP: 65068-889.

E-mail: alununes2014@gmail.com

Telefone: (98)98165-1664

RESUMO

Este estudo objetivou analisar os fatores sociodemográficos e reprodutivos associados ao acolhimento ao parto em estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha na perspectiva das usuárias. Foram selecionados 606 nos serviços de saúde em que ocorreram partos em 2017, com amostra de 10.540 puérperas. A variável latente acolhimento da puérpera compreendida como as relações entre os sujeitos envolvidos no cuidado prestado nos serviços de saúde foi composta por cinco indicadores. As variáveis explicativas foram: idade, escolaridade, cor da pele autorreferida, situação conjugal, tipo de parto, paridade e peregrinação. Foi utilizada modelagem de equações estruturais que avaliou os efeitos das variáveis explicativas no acolhimento. O maior percentual foi de serviços de saúde de gestão municipal (62,2%), hospital geral (81,9%), de risco habitual (79,3%), com porte de menos de 50 leitos (85,0%). Entre as puérperas foram observados maiores percentuais de mulheres com idade entre 20 a 34 anos (68,31%), que se autodeclararam como pardas (56,3%), com escolaridade entre 9 a 11 anos de estudo (56,1%) e que tinha companheiro (78,8%). Houve predominância de puérperas que tiveram parto vaginal (56,6%), com 01 a 02 filhos (46,0%) e que relataram não peregrinar (91,9%). Apresentaram efeito direto positivo sobre o acolhimento a idade ($CP=0,094p<0,001$) e a escolaridade ($CP=0,096p<0,001$). Apresentaram efeito direto negativo a cor da pele ($CP=-0,081$; $p<0,001$) e o tipo de parto ($CP=-0,059$; $p<0,002$). O melhor acolhimento nos serviços de saúde brasileiros foi percebido por puérperas de maior idade, escolaridade e parto vaginal e o pior acolhimento pelas puérperas de cor de pele parda e preta.

Palavras-chave: Acolhimento. Cuidado. Acesso. Rede Cegonha. Sociodemográfico e Reprodutivo.

Introdução

Acolhimento em obstetrícia compreende o acolher as necessidades de saúde da mulher em todos os momentos de atenção na maternidade, com a finalidade da prestação de um cuidado resolutivo e humanizado¹. Nessa perspectiva o acolhimento é compreendido como as relações entre os sujeitos envolvidos no cuidado prestado nos serviços de saúde.

Há autores que apontam o acolhimento como um processo de relações humanas, o qual 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. Dodou, Rodrigues e Oriá² apontam ainda que o acolhimento se traduz em gestos simples na qual os profissionais chamam as gestantes pelo nome, informam sobre condutas e procedimentos a serem realizados por intermédio de uma linguagem adequada, escutam e valorizam as narrativas das usuárias, garantem sua privacidade, dentre outras atitudes humanizadoras passíveis de serem realizadas nos serviços de saúde³.

Nesse sentido, o acolhimento favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços. Ressalta-se que o ato de acolher não deve se

restringir a uma atitude voluntária de “favor” e “bondade” por parte de alguns 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 daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento⁴.

A premissa da Rede Cegonha (RC) é assegurar atenção qualificada respeitando os direitos das mulheres durante o período gravídico puerperal e das crianças até os 24 meses⁵. 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 evidências⁶. A interação e 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^{7, 6, 8, 2, 9, 10}.

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 e atenção à saúde sexual e reprodutiva e durante o período gravídico e puerperal^{11, 12, 13, 14, 15, 10, 16, 17}.

Diante deste contexto e considerando que as evidências existentes são anteriores a 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, este estudo pretende avaliar os fatores sociodemográficos e reprodutivos associados ao acolhimento nos serviços de saúde brasileiros da rede cegonha na perspectiva das usuárias.

Metodologia

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal com os dados da “Avaliação das Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades no Âmbito da Rede Cegonha”, realizada no ano de 2017 de abrangência nacional.

Os critérios utilizados para inclusão dos serviços de saúde públicos e conveniados ao SUS na avaliação foram: serviços de saúde que realizavam acima de 500 partos em região

de saúde, com plano de ação Rede Cegonha, independente de liberação de recurso; serviços de saúde que realizavam menos de 500 partos em uma região de saúde, com plano de ação Rede Cegonha e com liberação de recursos e serviços de saúde que não realizavam partos, mas com liberação de recursos. Esses critérios incluíram 606 serviços de saúde onde ocorreram parto e 20 serviços de retaguarda para internação de recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), totalizando 626 serviços avaliados. Neste estudo foram selecionados serviços de saúde em que ocorreram partos no período do estudo, 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.

População e amostra deste estudo

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 significância de 5% e poder de 80%, totalizando um 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. Esta estratégia possibilitou a captação de 1.800 a 2.500 puérperas por região, com inclusão total de 10.665 puérperas distribuídas nos 606 estabelecimentos. Não foram incluídas puérperas com transtorno mental grave, que não compreendiam o idioma português; com deficiência auditiva; internadas por motivo de aborto, internadas na UI ou UTI no pós-parto e para puérpera internada que o parto foi realizado no percurso para a maternidade^{18,34}.

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, após 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 aplicados critérios de não inclusão de puérperas com parto gemelar, totalizando uma amostra de 10.540 puérperas.

Das 10.540 puérperas entrevistadas, 1.976 pariram na região Norte, 2.115 na região Nordeste, 2.493 na região Sudeste, 2.081 na região Sul e 1.840 na região Centro-oeste.

Modelo teórico e variáveis do estudo

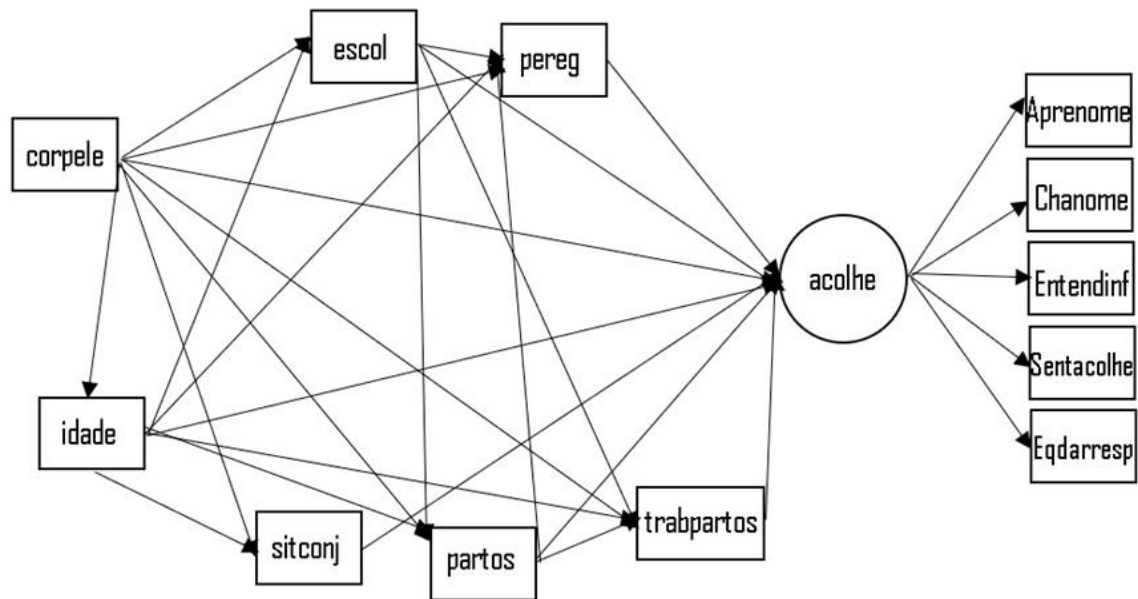
Para construção do modelo teórico deste estudo foram selecionadas variáveis relacionadas ao acolhimento compreendido como as relações entre os sujeitos envolvidos no cuidado prestado nos serviços de saúde, considerando a Política Nacional de Humanização (PNH).

No modelo teórico a variável latente foi o acolhimento das puérperas em serviços de saúde composta por cinco indicadores, a saber: “Desde o momento que você chegou nesta maternidade, quantos profissionais de saúde se apresentaram, informando o nome deles e a função” (*Aprenome*), “Quantos profissionais de saúde estão lhe chamando pelo nome nesta maternidade” (*Chanome*), “Com que frequência você está conseguindo entender as informações que vem recebendo durante sua internação nessa maternidade” “(*entendinf*), “Com que frequência você está se sentindo acolhida, bem tratada e respeitada durante sua internação, nessa maternidade” (*Sentacolhe*), “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*) (Figura 1).

As variáveis explicativas sociodemográficas e reprodutivas foram categorizadas em: a) idade (12 a 15 anos, 16 a 19 anos, 20 a 35 anos, acima de 35 anos); b) cor da pele autorreferida (branca, preta, parda, outros); c) escolaridade (menos de 05 anos de estudo, 05 a 08 anos de estudos, 09 a 11 anos de estudos, 13 ou mais anos de estudos); d) situação conjugal (com companheiro, sem companheiro); e) tipo de parto (cesariana, parto vaginal); f) paridade (primípara, de 1 a 2 filhos, 3 filhos ou mais); g) acesso aos estabelecimentos de saúde foi construída a partir da resposta positiva à categoria “Não havia vaga” ou “O hospital estava sem médico plantonista ou “hospital sem condição de atender” da questão “Por que não foi internada na(s) outra(s) maternidade(s)?”.

A Figura 1 mostra o modelo teórico proposto. Representada por retângulo, as variáveis explicativas cor da pele auto referida (*corpele*), escolaridade (*escol*), idade (*idade*), situação conjugal (*sitconj*), peregrinação (*pereg*), paridade (*partos*) e trabalho de parto (*trabpartos*) onde buscou-se verificar a relação entre estas variáveis e o acolhimento da puérpera (*acolhe*) representada por uma elipse por ser a variável latente.

Figura 1 - Modelo teórico do acolhimento das usuárias em serviços de saúde brasileiros da Rede Cegonha, 2017.



Plano de análise

Os cálculos de frequências e percentuais foram realizados no *software Stata*, versão 14.0 (*StataCorp LP, College Station, Estados Unidos*).

Para o ajuste do modelo, foi empregada 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, foi utilizado o estimador de mínimos quadrados ponderados robustos ajustados pela média e variância (WLSMV). A parametrização THETA foi utilizada para controlar as diferenças de variâncias residuais. Essas etapas foram realizadas com o *software Mplus*, versão 7.31 (Muthén & Muthén, Los Angeles, Estados Unidos)¹⁹.

Para determinar bom ajuste do modelo, foi considerado: (a) valor de $p \geq 0,05$ para o teste do quiquadrado (χ^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 (CFI/TLI); e (d) valores da raiz do resíduo quadrático médio ponderado (WRMR) menores que 120

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 10.000, um novo modelo poderia ser elaborado e analisado²⁰.

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. Considerou-se haver efeito quando $p < 0,05$ ²⁰.

Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, via Plataforma Brasil com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), número 56389713.5.3001.5240, tendo parecer favorável sob o nº 1.866.931 (Anexo A). Ao concordarem, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do início da entrevista.

Resultado

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 (85,0%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Característica dos serviços de saúde brasileiros da Rede Cegonha por nível de gestão, tipo de serviço, complexidade e número de leitos, Brasil, 2017.

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
Centro de parto normal	1	0,2
Outros	12	1,98
Complexidade		
Risco Habitual	480	79,3
Alto Risco	126	20,7
Número de leitos obstétricos		

Até 50	515	85
51 a 100	83	13,7
Acima de 100	8	1,3

Entre as puérperas, foram observados maiores percentuais de mulheres com idade entre 20 a 34 anos (68,31%), que se autodeclararam como pardas (56,3%), com escolaridade entre 9 a 11 anos de estudo (56,1%) e que tinha companheiro (78,8%). Houve predominância de puérperas que tiveram parto vaginal (56,06%), com 01 a 02 filhos (46,38%) e que relataram não peregrinar (91,9%). Também foi observado maior percentual de puérperas que pariram nas regiões Sudeste (36,4%) e Nordeste (31,2%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica, reprodutiva e região dos estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha, Brasil, 2017.

Variável	N	% ponderado
Idade em anos		
12 a 15 Anos	296	2,81
16 a 19 Anos	1.896	17,99
20 a 34 Anos	7.199	68,31
35 Anos ou mais	1.147	10,88
Cor da Pele		
Branca	2.965	28,14
Preta	1.287	12,21
Parda	5.935	56,32
Outros	351	3,34
Escolaridade		
Menos de 5 anos	565	5,38
5 a 8 anos	3.385	32,21
9 a 11 anos	5.887	56,01
12 ou mais anos	673	6,4
Situação conjugal		
Sem companheiro	2.122	20,18
Com companheiro	8.392	79,82
Tipo de Parto		
Vaginal	5.906	56,06
Cesariana	4.630	43,94
Paridade		
Primípara	3.811	36,23
De 01 a 2 filhos	4.879	46,38
3 filhos ou mais	1.830	17,4
Peregrinação		
Sim	849	8,06
Não	9.691	91,94
Região ocorrência do parto		

Norte	1.976	13,7
Nordeste	2.115	31,2
Sudeste	2.493	36,4
Sul	2.081	11
Centro Oeste	1.840	7,7

O modelo inicial não apresentou um bom ajuste. Dessa forma, a sugestão de modificação de incluir correlações entre os indicadores da variável latente acolhimento foi plausível e melhorou o ajuste. O modelo final apresentou índices de ajuste satisfatórios exemplificados pelo limite superior do IC 90% do RMSEA de 0,019 ($< 0,08$ indica um bom ajuste), CFI de 0,994 e TLI de 0,989 ($> 0,95$ indica um bom ajuste) e WRMR menor que 1 (Tabela 3).

Tabela 3 - Indicadores de ajuste do modelo de equações estruturais utilizando o acolhimento como variável resposta.

Índices	Modelo Final
X ²	
Graus de liberdade	33
Valor de p	$<0,001$
RMSEA	
IC 90%	0,013 – 0,019
Valor de p	0,016
CFI	0,994
TLI	0,989
WRMR	0,961

Legenda: CFI: índice de ajustamento comparativo; IC90%: intervalo de 90% de confiança; RMSEA: raiz do erro quadrático médio de aproximação; TLI: índice Tucker-Lewis; WRMR: raiz do resíduo quadrático médio ponderado.

No modelo final, 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, a idade (CP=0,094; $p < 0,001$) e a escolaridade (CP= 0,096; $p < 0,001$), e apresentaram efeito direto negativo a cor da pele (CP= -0,081; $p < 0,001$) e o tipo de parto (CP= -0,059; $p < 0,002$) (Tabela 4).

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
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	0,902	<0,001
Puérpera se sente acolhida	0,558	<0,001
Equipe dar respostas à puérpera	0,536	<0,001
Acolhimento ON		
Idade	0,094	<0,001
Cor da pele	-0,081	<0,001
Escolaridade	0,096	<0,001
Situação Conjugal	0,02	0,405
Tipo de parto	-0,059	0,002
Paridade	0,003	-0,909
Peregrinação	-0,041	0,126
Idade ON		
Cor da pele	-0,041	0,002
Escolaridade ON		
Idade	0,158	<0,001
Cor da pele	-0,085	<0,001
Situação Conjugal ON		
Idade	0,192	<0,001
Cor da pele	0,024	0,124
Tipo de parto ON		
Idade	0,233	<0,001
Cor da pele	<0,001	0,982
Escolaridade	0,038	0,075
Paridade	-0,104	<0,001
Paridade ON		
Idade	0,627	<0,001
Cor da pele	0,035	0,004
Escolaridade	-0,386	<0,001
Peregrinação		
Idade	-0,024	0,541
Cor da pele	0,074	<0,001
Escolaridade	-0,1	0,003
Tipo de parto	-0,053	0,049
Paridade	-0,092	0,017
Chamar a puérpera pelo nome WITH		
Apresentar pelo nome e função	-0,019	0,771

Equipe dar respostas à puérpera WITH

Puérpera se sente acolhida	0,428	<0,001
----------------------------	-------	--------

Puérpera entende informações passadas WITH

Profissionais se apresentam pelo nome e função	-0,781	0,053
Chamam a puérpera pelo nome	-0,507	0,082

Discussão

O melhor acolhimento ao parto nos estabelecimentos de saúde vinculados à rede Cegonha, foi percebido 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 brancas e os categorizados como outros.

Leal *et al.*²¹ dizem que os benefícios de uma assistência de qualidade ao parto estão associados à mais alta escolaridade materna. Eles 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 à uma alta escolaridade. 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. Os autores 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 a 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-se observado que os fatores sociais interferem negativamente no acesso e recebimento às gestantes nos serviços de saúde^{22, 23, 24}. Menezes *et al.*²² avaliaram a dificuldade de acesso às maternidades no Município do Rio de Janeiro, com 6.652 puérperas que utilizaram os serviços do SUS, disseram 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 a idade e escolaridade no acolhimento das puérperas.

Leal *et al.*²¹ 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 tem mostrado que mulheres pretas e pardas recebem menos atenção e cuidado na assistência à saúde, no período gravídico-puerperal. Leal *et al*²⁵, em estudo intitulado “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção ao pré-natal e parto no Brasil” dizem que as pretas receberam menos orientação durante o pré-natal sobre o início do trabalho de parto e sobre possíveis complicações na gravidez. Este estudo ora apresentado 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.

Segundo Geledés²⁶ e Werneck²⁷, o racismo é uma ideologia que se conforma nas relações de poder na sociedade e no desenho e desenvolvimento das políticas públicas.

Neste contexto, se considerarmos o conceito de racismo institucional se traduzindo como menor acesso à informação, o fato de as mulheres pretas ou pardas terem referido pior acolhimento na perspectiva aqui estudada aponta para a ocorrência deste tipo de racismo nos serviços de saúde pesquisados. Apesar dos avanços já descritos com a estratégia da Rede Cegonha, ainda as iniquidades de raça e cor persistem na assistência à saúde de mulheres negras.

Alves *et al.*²⁸ analisando os mesmos dados da avaliação das maternidades, observaram que a desigualdade racial pode ser camuflada como condutas que podem ser caracterizadas como uma intervenção necessária durante o parto. As autoras 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 na avaliação da Rede Cegonha utilizando os mesmos dados para avaliar a evolução das intervenções na perspectiva comparativa com estudos anteriores à Rede Cegonha, Leal *et al.*²⁹ 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 violência³⁰.

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, Rattner e Pereira³¹ 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 pertinentes³¹.

O presente 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 assim como, pode estar relacionado a intervenções positivas como o uso não farmacológico para alívio da dor, apoio na 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^{29, 31}.

A percepção de pior acolhimento em mulheres que fizeram cesariana pode estar associada ao desconforto vivenciado pelas gestantes acerca do excesso de intervenção dos profissionais no manejo desse tipo de parto. Estudo realizado sobre intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual realizado por Leal *et al.*³² 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.

Apesar deste estudo apresentar um percentual maior de partos vaginais de 56,06%, a proporção de cesariana no Brasil é superior ao recomendado pela OMS^{13, 30, 33}, isto revela o caráter intervencionista e medicalizado da atenção ao parto no Brasil, onde 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 valores³³ estando 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

cuidado³⁴.

Dodou, Rodrigues e Oriá² dizem que para a promoção de 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 a 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 torna-se 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 estabelecida².

Nesse mesmo sentido, Silva *et al.*³³ dizem 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. Situação reforçada quando a maioria das gestantes relatou receber apoio em seus momentos de dor e medo. Houve grande insatisfação com a privacidade e 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 profissionais².

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 Plano de Ação Regional (PAR) aprovado, aumentando a validade externa do estudo.

Outro ponto relevante é a utilização de modelagem de equações estruturais na análise dos dados, o que permitiu a construção de uma variável desfecho a partir de diferentes variáveis observadas formando um construto latente. Outro ponto foi a realização das entrevistas ainda na maternidade, o que auxiliou na redução do viés de memória.

Entre as limitações pode-se sinalizar que os resultados apresentados podem aparecer como potencialmente melhores por não terem incluído os serviços de saúde da rede privada e da pública, não vinculado à Rede Cegonha. Além disso, o questionário aplicado durante a internação da puérpera pode não representar todo o período de internação dessas mulheres.

Diante deste contexto, os principais resultados apresentados no estudo foram que puérperas com idade acima dos vinte anos, com maior escolaridade e que tiveram parto vaginal relataram melhor percepção da forma como foram acolhidas nos serviços de saúde brasileiros, possivelmente por ter melhor compreensão dos seus direitos. Ainda persiste pior acolhimento pelos serviços e profissionais de saúde a puérperas de cor parda ou preta em relação as puérperas de cor branca e que o racismo institucional tem um impacto na forma como é no acolhimento da puérpera no parto indicando a continuidade de práticas discriminatórias.

Referências

1. Brasil. 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. [Internet]. [Citado 2021 jan. 15]; Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html.
2. Dodou HD, Rodrigues DP, Oriá MOB. O cuidado à mulher no contexto da maternidade: caminhos e desafios para a humanização. Rev Fund Care Online [Internet]. 2017 jan./mar. [Citado 2019 jun. 30]; 9(1):222-23. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5369>. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.222-230>.
3. Carvalho LB, Freire JC, Bosi MLM. Alteridade radical: implicações para o cuidado em saúde. Physis, [Internet]. 2019. [Citado 2021 abr. 18]; 19(3):849-865. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300017&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300017>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia [Internet]. [Citado 2019 jun. 30]; Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf.
5. Brasil. 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 [Internet]. [Citado 2019 jul. 11]; Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia [Internet]. [Citado 2019 jun. 30]; Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia.pdf.
7. 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: Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xama; 1998. Enfermagem [Internet]. 2010 set. [Citado 2019 jun. 30]; 15(3). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/18885>.

8. 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 [Internet]. 2015 Dec. [Citado 2019 jul. 30]; 19(4): 614-620. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000400614&lng=en. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150082>.
9. Silva MZN, Andrade AB, Bosi MLM. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. Saúde Debate [Internet]. 2014 out./dez. [Citado em 2019 jul. 30]; 38(103):805-816. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400805&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140073>.
10. Pedroso CNLS, López LC. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. Physis Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2017 [Citado 2019 jul. 30]; 27(4):1163-1184. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000401163&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000400016>.
11. 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 [Internet]. 2006 Mar [Citado 2019 jul. 30]; 22(3): 553-559. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300010&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.9771/cgd.v5i4.29686>.
12. 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 [Internet]. 2007 Dec [Citado 2019 jul. 30]; 41(spe): 804-809. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000500011&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000500011>.
13. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. The Lancet [Internet]. 2011 maio [Citado 2019 jul. 3]; 32-46. Disponível em: <https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>.
14. Mattar LD, Diniz CSG. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. Interface - Comunic., Saude, Educ. [Internet]. 2012 jan./mar. [Citado 2021 mar. 15]; 16(40):107-19. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop0212>.
15. 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. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2015 Mar. [Citado 2019 jul. 30]; 15(1):91-104. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000100091&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000100008>.

16. 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. Cien Saude Colet [Internet]. 2020 Nov. [Citado 2021 jan. 15]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desigualdade-racial-nas-boas-praticas-e-intervencoes-obstetricas-no-parto-e-nascimento-em-maternidades-da-rede-cegonha/17812?id=17812&id=17812>.
17. 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 [Internet]. 2014 [Citado 2021 abr. 17]; 30(Suppl 1): S101-S116. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=en. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113>.
18. 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. Cien Saude Colet [Internet], 2020 Jul. [Citado 2021 jan. 15]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/avaliacao-da-atencao-ao-parto-e-nascimento-nas-maternidades-da-rede-cegonha-os-caminhos-metodologicos/17658>.
19. Muthén LK, Muthén BO. Mplus: statistical analysis with latent variables. User's guide. (1998-2010). 6. ed. [Internet] [Citado 2021 mar. 15]. Los Angeles: Muthén & Muthén; 2012. Disponível em: https://www.statmodel.com/download/usersguide/Mplus%20user%20guide%20Ver_7_r6_web.pdf.
20. Wang J, Wang X. Structural equation modeling: applications using Mplus. Noida: Thomson Digital; 2012.
21. 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. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2015 Mar. [Citado 2019 jul. 30]; 15(1):91-104. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000100091&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000100008>.
22. 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 [Internet]. 2006 Mar [Citado 2019 jul. 30]; 22(3): 553-559. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300010&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.9771/cgd.v5i4.29686>.
23. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2005 Jan. [Citado 2021 mar. 07]; 39(1):100-107. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100013&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000100013>.

24. Cunha SF, D'Eça Júnior A, Rios CTF, Pestana AL, Mochel EG, Paiva SS. Peregrinação no anteparto em São Luís – Maranhão. *Cogitare Enfermagem* [Internet]. 2010 set. [Citado 2019 jun. 30]; 15(3). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/18885>. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i3.18885>.
25. 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* [Internet]. 2017 [Citado 2019 jul. 30]; 33(Suppl 1):e00078816. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00078816>.
26. Geledés – Instituto da Mulher Negra (Org.). *Racismo institucional: uma abordagem conceitual*. [Internet]. [Citado 2021 abr. 20]; Brasília: Geledés; ONU; 2013. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2013/05/FINAL-WEB-Racismo-Institucional-uma-abordagem-conceitual.pdf>.
27. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saude soc.*, [Internet]. 2016 Sept. [Citado 2021 abr. 20]; 25(3):535-549. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300535&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.1590/s0104-129020162610>.
28. 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. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2020 Nov. [Citado 2021 jan. 15]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desigualdade-racial-nas-boas-praticas-e-intervencoes-obstetricas-no-parto-e-nascimento-em-maternidades-da-rede-cegonha/17812?id=17812&id=17812>.
29. 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 coletiva* [Internet]. 2021 Mar [Citado 2021 abr. 21]; 26(3):823-835. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000300823&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.06642020>.
30. 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* [Internet]. 2014 [Citado 2019 jun. 30]; 30(Suppl 1):S154-S168. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300021&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087813>.
31. 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 coletiva* [Internet]. 2018 Nov. [Citado 2019 jul. 30]; 23(11):3505-3516. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103505&lng=pt&nrm=iso. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.31552016>.
32. 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 [Internet]. 2014 [Citado 2019 jul. 30]; 30(Suppl 1):S17-S32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>.
33. 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 [Internet]. 2017 [Citado 2019 jul. 30]; 33(12):e00175116. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n12/1678-4464-csp-33-12-e00175116.pdf>.
34. 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 coletiva [Internet]. 2021 mar. [Citado 2021 abr. 22]; 26(3):801-821. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000300801&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08102020>.

ABSTARCT

This study analyzed the and reproductive factors associated with the reception to birth in establishments linked to the Rede Cegonha from the perspective of users. 606 were selected in the health services where there were parts in 2017, with a sample of 10.540 puerperal women. The latent variable reception of the puerperal woman understood as the relationships between the subjects involved in the care provided in health services were composed of five indicators. The explanatory variables were: age, education, skin color, marital status, type of delivery, parity, and pilgrimage. Equation modeling was used, which evaluated the effects of explanatory variables on reception. The highest percentage of municipal managed health services (62.2%), general hospital (81.9%), of usual risk (79.3%), with a size of fewer than 50 beds (85.0%). Among the puerperal women, higher percentages of women aged between 20 and 34 years (68.31%) were observed, who declared themselves to be brown (56.3%), with education between 9 and 11 years of study (56.1%) and who had a partner (78.8%). There was a predominance of puerperal women who had a vaginal delivery (56.6%), with 01 to 02 children (46.0%) and who reported not wandering (91.9%). Age (CP = 0.094p <0.001) and education (CP = 0.096p <0.001) had a positive direct effect on reception. Skin color (CP = -0.081; p <0.001) and type of delivery (CP = -0.059; p <0.002) had a direct negative effect. The best reception in Brazilian health services was perceived by puerperal women of higher age, education, and vaginal delivery, and the worst reception by puerperal women of brown and black skin color.

Keywords: Reception. Attention. Access. Rede Cegonha. Sociodemographic. Reproductive.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante deste contexto, os principais resultados apresentados no estudo foram que puérperas com idade acima dos vinte anos, com maior escolaridade e que tiveram parto vaginal relataram melhor percepção da forma como foram acolhidas nos serviços de saúde brasileiros, possivelmente por ter melhor compreensão dos seus direitos. Ainda persiste pior acolhimento pelos serviços e profissionais de saúde a puérperas de cor parda ou preta em relação as puérperas de cor branca e que o racismo institucional tem um impacto na forma como é no acolhimento da puérpera no parto indicando a continuidade de práticas discriminatórias.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Maria Teresa Seabra Soares de Britto e *et al.* Desigualdade racial nas boas práticas e intervenções obstétricas no parto e nascimento em maternidades da rede cegonha. **Ciênc. Saúde coletiva**, [periódico na internet], nov. 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desigualdade-racial-nas-boas-praticas-e-intervencoes-obstetricas-no-parto-e-nascimento-em-maternidades-da-rede-cegonha/17812?id=17812&id=17812>. Acesso em: 15 jan. 2021.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jun. 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.
- BRASIL. 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 15 jan. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GAB/MS nº 571 de 1 junho de 2000. Define o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 110-E, p. 8, 8 jan. 2000. ISSN 1415-1537. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=8&data=08/06/2000>. Acesso em: 11 jun. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB_PACTO_NACIONAL_REDUCAO_MORTALIDADE_MATERNA_NEONATAL_2004.pdf. Acesso em: 16 jan. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 82 p.: il. (C. Projetos, Programas e Relatórios).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal 2009 – 2010**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_reducao_mortalidade_infantil_nordeste.pdf. Acesso em: 16 jan. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GAB/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ano 147, n. 251, p. 88-93, 31 dez., 2010b. ISSN 1677-7042. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=88&data=31/12/2010>. Acesso em: 11 jun. 2019.

BRASIL. 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 11 jun. 2019.

BRASIL. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ano 148, n. 123, p. 1-3, 29 de junho de 2011b. ISSN 1677-7042. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=29/06/2011&jornal=1&pagina=3&totalArquivos=288>. Acesso em: 11 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia.pdf. Acesso em: 30 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Temático Saúde da População Negra**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 82 p. (Painel de Indicadores do SUS; v. 7, n. 10).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf. Acesso em: 30 jun. 2019.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 252-264, oct. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600252&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jun. 2019. Doi: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S019>.

CARVALHO, Liliane Brandão; FREIRE, José Célio; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Alteridade radical: implicações para o cuidado em saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 849-865, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 abr. 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300017>.

CUNHA, Sabrina Furtado *et al.* Peregrinação no anteparto em São Luís – Maranhão. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 15, n. 3, set. 2010. ISSN 2176-9133. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/18885>. Acesso em: 30 jun. 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i3.18885>.

DODOU, Hilana Dayana; RODRIGUES, Dafne Paiva; ORIÁ, Mônica Oliveira Batista. O cuidado à mulher no contexto da maternidade: caminhos e desafios para a humanização. **Rev Fund Care Online**, v. 9, n. 1, p. 222-23, jan/mar; 2017. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5369>. Acesso em: 30 jun. 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.222-230>.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S101-S116, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 abr. 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113>.

D'ORSI, Eleonora *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p.S154-S168, 2014. ISSN 0102-311X. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jun. 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087813>.

FIGUEIROA, Maria das Neves *et al.* Acolhimento do usuário e classificação de risco em emergência obstétrica: avaliação da operacionalização em maternidade-escola. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20170087, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400239&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jun. 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0087>.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da; THOMAZ, Erika Barbara Abreu Fonseca; BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo (Ed.). Avanços e desafios da assistência ao parto e nascimento no SUS: o papel da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, mar., 2021. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/edicoes/avancos-e-desafios-da-assistencia-ao-parto-enascimento-o-papel-da-rede-cegonha/218>. Acesso em: 25 jun. 2021.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

LANSKY, Sonia *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S192-S207, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jun. 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213>.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, Jan. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 mar. 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000100013>.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p.

S17-S32, 2014. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2019. Doi:
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* 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. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 15, n. 1, p. 91-104, mar., 2015. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000100091&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2019. Doi:
<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000100008>.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, e00078816, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2019. Doi:
<https://doi.org/10.1590/0102-311x00078816>.

LEAL, Maria do Carmo. Parto e nascimento no Brasil: um cenário em processo de mudança. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, e00063818, 2018. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000500101&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2019. Doi:
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00063818>.

MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 16, n. 40, p. 107-19, jan./mar. 2012. Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop0212>. Acesso em: 15 mar. 2021.

MELO, Enirtes Caetano Prates *et al.* A peregrinação das gestantes no Município do Rio de Janeiro: perfil de óbitos e nascimentos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. spe, p. 804-809, dec. 2007. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000500011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2019. Doi:
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000500011>.

MENEZES, Daniela Contage Siccardi *et al.* Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 553-559, mar. 2006. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2019. Doi:
<http://dx.doi.org/10.9771/cgd.v5i4.29686>.

MERHY, Emerson. 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: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xama, 1998.

MUTHÉN, Linda K.; MUTHÉN, BENGT O. **Mplus: statistical analysis with latent variables. User's guide.** (1998-2010). 6. ed. Los Angeles: Muthén & Muthén, 2012. Disponível em:
https://www.statmodel.com/download/usersguide/Mplus%20user%20guide%20Ver_7_r6_web.pdf. Acesso em: 15 mar. 2021.

OLIVEIRA, Tamiz Lima. Mulheres negras e maternidade: um olhar sobre o ciclo gravídico-puerperal. **Caderno de Gênero e Diversidade**, v. 05, n. 04, p. 12-23, out./dez., 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/29686>. Acesso em: 30 jul. 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000300010>.

PASCHE, Dário Frederico *et al.* Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 58-71, out., 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2019.

PEDROSO, Clarissa Niederauer Leote da Silva; LÓPEZ, Laura Cecilia. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1163-1184, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000401163&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000400016>.

PEITER, Caroline Cechinel *et al.* Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, e20180214, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000100801&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0214>.

PUSTAI, O. J. O sistema de Saúde no Brasil. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (org.). **Medicina Ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed. 2004.

RODRIGUES, Diego Pereira *et al.* A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 614-620, Dec. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000400614&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2019. Doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150082>.

SALES, Carla Paolucci *et al.* (org.). **Equidade no território: as dimensões do acesso à saúde [recurso eletrônico]**. Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2017.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n3/260-268/pt>. Acesso em: 30 jul. 2019.

SILVA, Maria Zeneide Nunes da; ANDRADE, Andréa Batista de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 805-816, out./dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400805&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2019. Doi: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140073>.

SILVA, Silvio Fernandes da. Contribuição para a análise da implantação de Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p.165-176, out., 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2019.

SILVA, Ana Lucia Andrade da *et al.* Assistência ao parto no Brasil: uma situação crítica ainda não superada. 1999-2013. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 16, n. 2, p. 129-137, Jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000200129&lng=en. Acesso em: 15 mar. 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000200004>.

SILVA, Ana Lúcia Andrade da *et al.* A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 12, p. e00175116, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n12/1678-4464-csp-33-12-e00175116.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2019.

SORKIN, D. H.; NGO-METZGER, Q.; De ALBA, I. Discriminação racial / étnica na atenção à saúde: impacto na percepção da qualidade da atenção. **Journal of general internal medicine**, v. 25, n. 5, p. 390-396, fev., 2010. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-010-1257-5>. Acesso em: 20 abr. 2021. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1257-5>

VICTORA, Cesar G *et al.* Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, London, p.32-46, maio. 2011. Disponível em: <https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet//pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2019.

VIELLAS, Elaine Fernandes *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, Supl. 1, p. S85-S100, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>.

VILELA, Maria Esther de Albuquerque *et al.* Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: Os caminhos metodológicos. **Cien Saude Colet** [periódico na internet], jul. 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/avaliacao-da-atencao-ao-parto-e-nascimento-nas-maternidades-da-rede-cegonha-os-caminhos-metodologicos/17658>. Acesso em: 15 jan. 2021.

WANG, Jichuan; WANG, Xiaoqian. **Structural equation modeling: applications using Mplus**. Noida: Thomson Digital, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PUÉRPERA

Usuárias/Prontuário 2 - DEFINITIVO

Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas QUESTIONÁRIO DA PUÉRPERA

Avaliação das Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades no âmbito da Rede Cegonha

I. DADOS GERAIS:

"Bom dia (Boa tarde ou Boa noite)! Não Sim

II. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO:

1. Horário de início da entrevista:

2. Data entrevista:

3. Data do parto: AVISO!

Data da entrevista anterior à do parto!

III. IDENTIFICAÇÃO DA GESTAÇÃO:

4. Tipo de gestação:

Única	Gemelar (dois)	Gemelar (três)	Gemelar (quatro ou mais)	Não quis
informar	Não sabe informar			

5. Informe sobre o(s) recém-nascido(s):

a) Nome do 1º Recém-nascido:

Vivo	Natimorto	Óbito Neonatal	Não sabe informar	Não quis informar
------	-----------	----------------	-------------------	-------------------

b) Nome do 2º Recém-nascido:

Vivo	Natimorto	Óbito Neonatal	Não sabe informar	Não quis informar
------	-----------	----------------	-------------------	-------------------

c) Nome do 3º Recém-nascido:

Vivo	Natimorto	Óbito Neonatal	Não sabe informar	Não quis informar
------	-----------	----------------	-------------------	-------------------

d) Nome do 4º Recém-nascido:

Vivo	Natimorto	Óbito Neonatal	Não sabe informar	Não quis informar
------	-----------	----------------	-------------------	-------------------

IV. IDENTIFICAÇÃO DA MÃE

"Gostaria de fazer algumas perguntas sobre você"

6. Qual o seu nome completo?

7. Qual a data do seu nascimento?

Não quis informar

8. Qual a sua idade?

9. Qual a cor da sua pele?

Branca	Preta	Parda	Amarela/Oriental	Indígena	Não sabe informar	Não quis
informar						

10. Qual o último grau que a você cursou na escola?

Nenhum

Fundamental I incompleto (1º ao 5º ano)

Fundamental I completo (concluiu o 5º ano do ensino fundamental) Fundamental II incompleto (6º ao 8º/9º ano)

Fundamental II completo (concluiu o 8º/9º ano do ensino fundamental) Médio incompleto (antigo 2º grau - 1 a 4ª série)

Médio completo (antigo 2º grau - concluiu a 4ª série do ensino médio) Superior completo (3º grau)

Mestrado concluído Doutorado concluído Não sabe informar Não quis informar

11. Então, qual o último ano que você concluiu com aprovação?

12. Qual a sua situação conjugal atual?

Solteira

Casada (no papel)/ união estável

Vive com companheiro (a) (vive junto) Separada/Divorciada

Viúva Outra

Não quis informar

12a. Qual?

13. Qual a idade do pai do bebê?

VI. ACOLHIMENTO

"E sobre o atendimento que a senhora/você vem recebendo nesta maternidade..."

29. Desde o momento que você chegou nesta maternidade, quantos profissionais de saúde se apresentam, informando o nome deles e a função?

Nenhum profissional

Poucos profissionais (a minoria) Muitos profissionais (a maioria) Todos os profissionais

Não sabe informar Não quis informar

30. Quantos profissionais de saúde estão lhe chamando pelo nome nesta maternidade?

Nenhum profissional

Poucos profissionais (a minoria) Muitos profissionais (a maioria) Todos os profissionais

Não sabe informar Não quis informar

33. Com que frequência você está se sentindo acolhida, bem tratada e respeitada durante sua internação, nessa maternidade? (leia as alternativas)

Nunca

Poucas vezes / raramente

Muitas vezes / a maioria das vezes Sempre

Não sabe informar Não quis informar

34. Com que frequência a senhora/você sente que a equipe de saúde desta maternidade procura dar respostas e resolver suas dúvidas e/ou solicitações?

Nunca

Poucas vezes / raramente

Muitas vezes / a maioria das vezes Sempre

Não sabe informar Não quis informar

VII. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ATENÇÃO! Se o estabelecimento for CPN peri-hospitalar, vá para o bloco VIII

Este estabelecimento é CPN PERI-HOSPITALAR? Não Sim

35. Assim que chegou nesta maternidade, quanto tempo você esperou para realizar o seu registro na recepção? (Leia as opções)

profissional de saúde? (Leia as opções)

37. Após a avaliação você foi informada do tempo de espera para receber o atendimento médico ou da enfermagem?

Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

APÊNDICE B – DISPOSITIVOS, VARIÁVEIS E ITENS DE VERIFICAÇÃO NO QUESTIONÁRIO PUÉRPERA

O dispositivo foi organizado de acordo com o item de verificação, que contempla a pergunta de um instrumento específico conforme quadro abaixo:

Quadro - Dispositivo, variáveis e itens de verificação do instrumento de coleta de dados da puérpera.

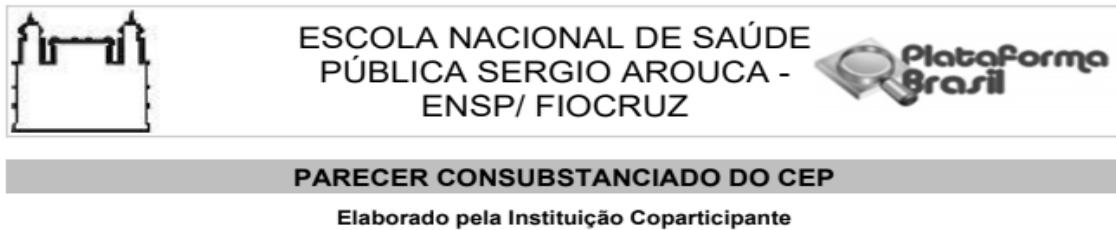
Dispositivo	Variável	Item de verificação
Informações gerais da usuária	Idade	Puérpera Q. 08 Qual a sua idade? Opção A: 12 a 15 anos Opção B: 16 a 19 anos Opção C: 20 a 35 anos Opção D: acima de 35 anos Opção E: Não sabe informar
	Cor da pele	Puérpera Q. 09 Qual a cor da sua pele? Opção A: Branca Opção B: Preta Opção C: Parda Opção D: Amarela/Ocidental Opção E Não sabe informar Opção F Não quis informar
	Escolaridade	Puérpera Q. 10 Qual o último grau que você cursou na escola? Opção A: 0 a 08 anos de estudos Opção B: 09 a 13 anos de estudos Opção C: Acima de 13 anos de estudos Opção D: Não sabe informar Opção E : Não quis informar

	Situação conjugal	Puérpera Q. 12 Qual a sua situação conjugal atual? Opção A: Solteira, separada/divorciada, viuva Opção B: Casada (no papel)/ união estável), Vive com companheiro (a) (vive junto)
	Tipo de gestação	Puérpera Q. 04 Tipo de gestação: Opção A: Única Opção B: Gemelar (dois) Opção C: Gemelar (três e acima de três)
	Paridade (número de gestações anteriores)	Puérpera Q. 20 Quantas vezes você já engravidou (sem contar com a gravidez atual)? Opção A: Primípara Opção B: 1 a 2 gestações Opção C: Acima de 3 gestações Opção D: Não sabe informar
Acesso	Acesso a internação na maternidade	Puérpera Q. 16 Por que não foi internada na(s) outra(s) maternidade(s)? Opção A: Não havia vaga Opção B: Não estava em trabalho de parto Opção C: Fui encaminhada (referenciada) para outro hospital por situação de risco Opção D: O hospital estava sem médico plantonista ou hospital sem condições de atender Opção E: Outro Opção F: Não sabe informar Opção G: Não quis informar Opção H: Não se aplica

Acolhimento na maternidade	Apresentação dos profissionais de saúde à usuária	Puérpera Q. 29 Desde o momento que você chegou nesta maternidade, quantos profissionais de saúde se apresentaram, informando o nome deles e a função? Opção A: Nunca Opção B: Poucas vezes/raramente Opção C: Muitas vezes/a maioria das vezes Opção D: Sempre Opção E: Não sabe informar Opção F: Não quis informar Adequado: C ou D
Acolhimento na maternidade	Tratamento das usuárias pelo próprio nome	Puérpera Q. 30 Quantos profissionais de saúde estão lhe chamando pelo nome nesta maternidade? Opção A: Nunca Opção B: Poucas vezes/raramente Opção C: Muitas vezes/a maioria das vezes Opção D: Sempre Opção E: Não sabe informar Opção F: Não quis informar Adequado: C ou D
Acolhimento na maternidade	Comunicação efetiva	Puérpera Q. 32 Com que frequência você está conseguindo entender as informações que vem recebendo durante sua internação nessa maternidade? Opção A: Nunca Opção B: Poucas vezes/raramente Opção C: Muitas vezes/a maioria das vezes Opção D: Sempre Opção E: Não sabe informar Opção F: Não quis informar

		Adequado: C ou D Puérpera Q. 33 Com que frequência você está se sentindo acolhida, bem tratada e respeitada durante sua internação, nessa maternidade? Opção A: Nunca Opção B: Poucas vezes/raramente Opção C: Muitas vezes/a maioria das vezes Opção D: Sempre Opção E: Não sabe informar Opção F: Não quis informar Adequado: C ou D Puérpera Q. 34 Com que frequência a senhora/você sente que a equipe de saúde desta maternidade procura dar respostas e resolver suas dúvidas e /ou solicitações? Opção A: Nunca Opção B: Poucas vezes/raramente Opção C: Muitas vezes/a maioria das vezes Opção D: Sempre Opção E: Não sabe informar Opção F: Não quis informar Adequado: C ou D
--	--	--

ANEXOS

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO - CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PESQUISA AVALIATIVA DA GESTÃO E ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NA REDE SUS DO BRASIL

Pesquisador: ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56389713.5.3001.5240

Instituição Proponente: CENTRO DE PESQUISA CLINICA

Patrocinador Principal: Secretaria de Atenção a Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.866.931

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa coordenado pelo Ministério da Saúde, envolvendo a Universidade Federal do Maranhão e Fiocruz-Escola Nacional de Saúde Pública, cuja coordenadora regional na ENSP é a pesquisadora Maria do Carmo Leal.

"O objeto do trabalho é a avaliação do grau de implantação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento nas maternidades públicas do Brasil, conforme referencial da Rede Cegonha – Ministério da Saúde. Além disso, visa verificar a implantação de mudanças do modelo de gestão desses serviços, a percepção das usuárias em relação às facilidades de acesso, acolhimento e execução das boas práticas e a percepção dos trabalhadores em relação ao

acolhimento às usuárias, execução das boas práticas de atenção ao parto e nascimento e gestão participativa. Este projeto está vinculado a uma política ministerial, a Rede Cegonha, de abrangência nacional do Ministério da Saúde/SAS/DAPES.

O projeto terá a duração de 24 meses, compreendendo as seguintes etapas: 1ª) Planejamento e implementação das ações; 2ª) Avaliação Externa; e 3ª) Devolutiva do Resultado e Apoio às Maternidades. Para tanto, propõe-se a execução de pesquisa avaliativa com diferentes enfoques metodológicos, como observação participante, análise documental e entrevista com gestores, trabalhadores e usuárias. Os instrumentos de coleta de dados serão organizados em módulos: I) Identificação; II) Acolhimento com classificação de risco; III) Direito ao acompanhante; IV) Vigilância e monitoramento epidemiológico; V) Ambiência; VI) Gestão participativa e compartilhada na maternidade; e VII) Boas práticas na atenção ao parto e nascimento. Ao todo, será avaliada uma amostra mínima de 872 estabelecimentos de saúde do SUS (maternidades) que realizam 500 ou mais partos por ano, distribuídas por todo o território nacional, sendo 346 destes estabelecimentos sob a responsabilidade da UFMA e os demais 526 sob responsabilidade da ENSP/FIOCRUZ. Ao final das avaliações serão confeccionados relatórios técnicos e realizadas reuniões técnicas com as maternidades, a fim de ampliar o apoio à implementação de boas práticas na atenção e na gestão."

O projeto tem financiamento do MS no valor de R\$1.800.000,00. A coleta de dados inicia em janeiro de 2017.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a proponente:

Objetivo Primário:

Avaliar a implantação de boas práticas da atenção ao parto e nascimento nas maternidades públicas do Brasil, conforme referencial da Rede Cegonha, com vista a induzir o desenvolvimento de um conjunto de ações que permitam mudanças no modelo de gestão e atenção à saúde nas maternidades do SUS, fomentando melhorias no acesso, qualidade, acolhimento, resolubilidade e a incorporação das Boas Práticas no parto e nascimento.

Objetivo Secundário:

- Avaliar a implantação de mudanças do modelo de gestão e atenção nos serviços que realizam partos, garantindo acesso, acolhimento, resolutividade, e incorporação das Boas Práticas do parto e nascimento, e mecanismos de participação colegiada;
- Avaliar a percepção dos trabalhadores em relação ao acolhimento às usuárias e a execução das Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento, e mecanismos de participação colegiada;
- Avaliar a percepção das usuárias em relação às facilidades de acesso, acolhimento e execução das Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento;
- Induzir o desenvolvimento de um conjunto de ações que permitam mudanças no modelo de gestão e atenção à saúde nas maternidades do SUS, garantindo acesso, qualidade, acolhimento, resolubilidade e a incorporação das Boas Práticas do parto e nascimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a proponente:

"Por se tratar de pesquisa utilizando apenas as técnicas de entrevista, análise documental e

observação in loco, não haverá riscos biológicos para os participantes. Potenciais riscos decorrentes de relações de poder serão minimizados na medida em que a confidencialidade e sigilo dos dados serão garantidos. Não haverá penalidades ou prejuízos às usuárias devido às suas opiniões, nem tampouco aos trabalhadores ou gestores do estabelecimento. O único possível dano seria o constrangimento, mas o(a) senhor(a) poderá se recusar a responder a qualquer pergunta e poderá interromper a entrevista. Portanto, não haverá penalidades ou prejuízos devido à participação nesta pesquisa.

Há vários potenciais benefícios decorrentes deste projeto, especialmente no que se refere à produção de dados sobre a qualidade da estrutura e dos serviços relacionados ao parto e nascimentos nas maternidades públicas do país, vinculadas ao SUS. Esses dados serão processados e serão expedidos relatórios com análise das diversas situações observadas. Estes dados e relatórios serão discutidos com gestores das diferentes instâncias do SUS, com o propósito de direcionar a implementação de ações. Ademais, serão gerados trabalhos científicos que poderão contribuir para uma discussão mais ampla do tema."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou:

- Projeto de Pesquisa na íntegra;
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Instrumentos de coleta de dados (questionários, formulários, roteiros de entrevistas, etc);
- Termo de anuência da instituição Coparticipante.

Recomendações:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se adequado ética e metodologicamente.

Considerações Finais a critério do CEP:

ATENÇÃO: *CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO (ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, COPATROCÍNIO, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO), O PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS. A NOVA FOLHA DE ROSTO A SER GERADA DEVERÁ SER ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES E ENTREGUE A VIA ORIGINAL NO CEP. ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA.*****

* Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados". O relatório deve ser enviado ao CEP pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". O modelo de relatório que deve ser seguido se encontra disponível em www.ensp.fiocruz.br/etica.

* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como emenda. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a modificação.

* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

*

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_246985.pdf	10/11/2016 17:01:23		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_246985.pdf	01/08/2016 20:47:16		Aceito
Outros	RESPOSTA_AO_PARECER_PENDENTE.docx	01/08/2016 20:46:25	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2_Projeto_pesquisa_avaliativa_01_08_2016.pdf	01/08/2016 20:42:27	ERIKA BARBARA	Aceito
			ABREU FONSECA	
			THOMAZ	
Projeto Detalhado /Brochura Investigador	2_Projeto_pesquisa_avaliativa_01_08_2016.doc	01/08/2016 20:42:06	ERIKA BARBARA	Aceito
			ABREU FONSECA	
			THOMAZ	
TCLE / Termos de Assentimento /Justificativa de Ausência	4_TCLE_pmaq_01_08_2016.docx	01/08/2016 20:41:33	ERIKA BARBARA	Aceito
			ABREU FONSECA	
			THOMAZ	
Informações Básicas	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	16/05/2016 11:38:34		Aceito
do Projeto	ROJETO_246985.pdf			
Projeto	2_Projeto_pesquisa_avaliativa	16/05/2016	ERIKA	Aceito

Detalhado /Brochura Investigador	_15_04_2016.pdf	11:36:37	BARBARA	
			ABREU FONSECA	
			THOMAZ	
Projeto Detalhado/Broc hura Investigador	2_Projeto_pesquisa_avaliativa _15_04_2016.doc	16/05/2016 11:35:46	ERIKA BARBARA	Aceito
			ABREU FONSECA	
			THOMAZ	
Informações Básicas	PB_INFORMAÇÕES_BÁSIC AS_DO_P	15/04/2016		Aceito
do Projeto	ROJETO_246985.pdf	19:02:36		
Outros	7_Liberacao_local.pdf	15/04/2016 19:01:44	ERIKA BARBARA	Aceito
			ABREU FONSECA	
			THOMAZ	
TCLE / Termos de Assentimento /Justificativa de Ausência	4_TCLE_pmaq_25_02_2016. docx	15/04/2016 18:57:27	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Folha de Rosto	1_Folha_de_rostoassinada.pd f	15/04/2016 18:52:31	ERIKA BARBARA	Aceito
			ABREU FONSECA	
			THOMAZ	
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSIC AS_DO_PROJETO_246985.p df	04/12/2013		Aceito
		22:17:50		
Informações Básicas	PB_INFORMAÇÕES_BÁSIC AS_DO_PROJETO_246985.p df	10/11/2013 01:49:52		Aceito
do Projeto				

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

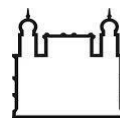
Não

RIO DE JANEIRO, 14 de Dezembro de 2016

Assinado por:

Carla Lourenço Tavares de Andrade (Coordenador)**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo**Bairro:** Manguinhos**CEP:** 21.041-210**UF:** RJ**Município:** RIO DE JANEIRO**Telefone:** (21)2598-2863**Fax:** (21)2598-2863**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br

ANEXO B - TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – USUÁRIA DO SUS

Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação.

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PGSC)

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP)

Projeto de Pesquisa:

Avaliação da Atenção ao Parto e Nascimento na Rede SUS do Brasil.

Pesquisadores/Coordenadores:

- Profa. Dra. Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz (PGSC-UFMA).

Endereço: Rua Barão de Itapary, 155, Centro, São Luís. CEP: 65020-070.

Fone: (98) 3272-9680. E-mail: ebthomaz@globocom

- Proa. Dra. Maria do Carmo Leal (ENSP-FIOCRUZ)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 809, Manguinhos, Rio de Janeiro – RJ. CEP: 21041-210

Fone: (21) 2598-2620. E-mail: ducaleal@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa:

- Campus do Bacanga, Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho, PPPG, Bloco C, Sala 07, Maranhão - Brasil. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão independente, com autonomia e ação no exercício de funções de garantir a ética em pesquisa com seres humanos. E-mail para correspondência: cepufma@ufma.br Fone: (98) 3272-8708.

Estamos realizando uma avaliação para o Ministério da Saúde com o objetivo de avaliar o acesso e a qualidade da atenção nas Maternidades em todo o Brasil. Para isso, precisamos entrevistar pessoas que utilizam os serviços de saúde que estamos avaliando.

Gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas perguntas sobre o seu atendimento nesta Maternidade. O seu nome não será divulgado, todas as informações prestadas são sigilosas e serão utilizadas somente para esta avaliação. Se o(a) Sr(a) tiver alguma pergunta a fazer, sinta-se à vontade.

Caso a senhora tenha disponibilidade e interesse em participar, por favor, autorize e assine este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, impresso em duas vias, uma para a senhora e a

outra para o pesquisador responsável. Se a senhora não aceitar, a senhora não será penalizada. Seguem alguns esclarecimentos adicionais:

1. O objetivo deste estudo é incentivar um conjunto de ações para melhorar os serviços de parto e nascimento dos bebês nas Maternidades do SUS.
 2. Gostaríamos de contar com a sua participação nesta pesquisa, para isto precisamos que a senhora responda as perguntas que serão feitas. A senhora poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa lhe causar algum tipo de constrangimento.
 3. As informações serão coletas por meio de entrevista, utilizando um questionário composto por sete partes: Identificação, Acolhimento, Classificação de risco, Direito ao acompanhante, Ambiência, Gestão e Boas práticas na atenção ao parto e nascimento.
 4. Esta pesquisa não oferece riscos para a senhora, nem para o seu bebê ou qualquer outra pessoa que a esteja acompanhando. O tempo para responder às nossas perguntas será de aproximadamente 15 a 20 minutos. O único possível dano seria o constrangimento, mas a senhora poderá se recusar a responder a qualquer pergunta e poderá interromper a entrevista. Você não será penalizada ou prejudicada devido à participação nesta pesquisa. E a senhora poderá falar o que quiser, pois tudo será confidencial.
 5. Em qualquer etapa do estudo, a senhora terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. Está garantida a sua liberdade de retirar o seu consentimento de participar do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou penalidade. E, caso queira reclamar de algo da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (o endereço e o telefone estão listados acima).
 6. As informações coletadas serão utilizadas somente para esta pesquisa. Tudo o que a senhora responder será confidencial. Não será divulgada a sua identificação. Também será garantido o seu direito de ser informada sobre os resultados finais da pesquisa, caso seja do seu interesse.
 7. Esta pesquisa vai gerar dados e relatórios que poderão ajudar a melhorar a qualidade da estrutura e dos serviços relacionados ao parto e aos nascimentos nas maternidades públicas do país, contribuindo com o SUS.
 8. Não haverá despesas pessoais para a senhora em nenhuma fase da pesquisa, mas a senhora também não receberá qualquer tipo de pagamento pela sua participação.
- Obrigado pela sua atenção!

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa “Programa de melhoria do acesso e qualidade das maternidades (PMAQ-Maternidade): avaliação externa dos serviços que atendem a partos e nascimentos no SUS”, coordenada pelas Doutoras Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz e Maria do Carmo Leal, como voluntária, após ter sido esclarecida sobre o objetivo da pesquisa e como ela será realizada. Ficaram claros os propósitos dos estudos e estou ciente de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer penalidade.

_____, _____ de _____ de _____.
 (local) (dia) (mês) (ano)

Assinatura da Usuária

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária a anuência do participante da pesquisa, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após esclarecimento completo e pormenorizado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar.

_____, _____ de _____ de _____.
(local) (dia) (mês) (ano)

Pesquisador responsável pelo trabalho

ANEXO C – NORMAS DA REVISTA CADERNOS EM SAÚDE PÚBLICA

Instrução para Autores

Cadernos de Saúde Pública (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da Saúde Coletiva/Saúde Pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista é publicada por meio eletrônico. CSP utiliza o modelo de publicação continuada, publicando fascículos mensais. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras).

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva. Sua publicação é acompanhada por comentários críticos assinados por renomados pesquisadores, convidados a critérios das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras.

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações). São priorizadas as revisões sistemáticas, que devem ser submetidas em inglês. São aceitos, entretanto, outros tipos de revisões, como narrativas e integrativas. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como, por exemplo, o PROSPERO. O Editorial 32(9) discute sobre as revisões sistemáticas (Leia mais).

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada (máximo 8.000 palavras e 5 ilustrações) (Leia mais). O Editorial 29(6) aborda a qualidade das informações dos ensaios clínicos.

1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados, métodos qualitativos ou instrumentos de aferição epidemiológicos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações) (Leia mais).

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica com abordagens e enfoques diversos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa. Para informações adicionais sobre diagramas causais, ler o Editorial 32(8).

1.8 – Comunicação Breve: relato de resultados de pesquisa que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações).

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

1.10 – Resenhas: crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As Resenhas devem conter título e referências

bibliográficas. As informações sobre o livro resenhado devem ser apresentadas no arquivo de texto.

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 6 (Passo a passo).

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados com base em orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- Clinical Trials
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses

políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES E ORCID

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Todos os autores deverão informar o número de registro do ORCID no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.

6.4 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública o direito de primeira publicação.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (por exemplo: Silva¹). As referências citadas somente em tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (por exemplo: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 e 2013), da Associação Médica

Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

10.4 – CSP é filiado ao COPE (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia o Editorial 34(1).

Passo-a-passo

1. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

1.1 – Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/>.

1.2 – Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

1.3 – Inicialmente, o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha?”.

1.4 – Para os novos usuários, após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

2. ENVIO DO ARTIGO

2.1 – A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos. O autor deve acessar a seção “Submeta seu texto”.

2.2 – A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas essas normas.

2.3 – Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

2.4 – Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es), respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um e o respectivo número de registro no ORCID (<https://orcid.org/>). Não serão aceitos autores sem registro. O autor que cadastrar o artigo, automaticamente será incluído como autor do artigo e designado autor de correspondência. A ordem dos nomes dos autores deverá ser estabelecida no momento da submissão.

- 2.5 – Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.
- 2.6 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.
- 2.7 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
- 2.8 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 2.9 – Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.
- 2.10 – Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.
- 2.11 – Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.
- 2.12 – Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP no endereço: cadernos@ensp.fiocruz.br ou cadernos@fiocruz.br.

3. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

- 3.1 – O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.
- 3.2 – O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito pelo sistema SAGAS.

4. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

- 4.1 – Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.enasp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* “Submeter nova versão”.

5. PROVA DE PRELO

- 5.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.enasp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>). Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site*: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.
- 5.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema: <http://cadernos.enasp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso *site*. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo
- 5.2.1 – Na aba “Documentos”, baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições).
- 5.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica).

5.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica), o autor de correspondência também deverá assinar o documento de Aprovação da Prova de Prelo e indicar eventuais correções a serem feitas na prova.

5.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito selecionando o autor e a declaração correspondente.

5.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

5.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções.

5.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF.

5.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

5.3 – Após inserir a documentação assinada e as correções, deve-se clicar em “Finalizar” e assim concluir a etapa.

5.4 – As declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>) no prazo de 72 horas.

6. PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

Para a preparação do manuscrito, os autores deverão atentar para as seguintes orientações:

6.1 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

6.2 – O título corrido poderá ter o máximo de 70 caracteres com espaços.

6.3 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

6.4 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenhas, Cartas, Comentários ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaços. Visando a ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho oferecemos gratuitamente a tradução do Resumo para os idiomas a serem publicados. Não são aceitos equações e caracteres especiais (por exemplo: letras gregas, símbolos) no Resumo.

6.4.1 – Como o Resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração (Leia mais).

6.5 – Equações e Fórmulas: as equações e fórmulas matemáticas devem ser desenvolvidas diretamente nos editores (Math, Equation, Mathtype ou outros que sejam equivalentes). Não serão aceitas equações e fórmulas em forma de imagem.

6.6 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaços.

6.7 – Quadros. Destina-se a apresentar as informações de conteúdo qualitativo, textual do artigo, dispostas em linhas e/ou colunas. Os quadros podem ter até 17cm de largura, com fonte de tamanho 9. Devem ser submetidos em arquivo text: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text

Format) ou ODT (Open Document TEXT). Cada dado do quadro deve ser inserido em uma célula separadamente, ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

6.8 – Tabelas. Destina-se a apresentar as informações quantitativas do artigo. As tabelas podem ter até 17cm de largura, com fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas. Ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

6.9 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: mapas, gráficos, imagens de satélite, fotografias, organogramas, e fluxogramas. As Figuras podem ter até 17cm de largura. O arquivo de cada figura deve ter o tamanho máximo de 10Mb para ser submetido, devem ser desenvolvidas e salvas/exportadas em formato vetorial/editável. As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

6.9.1 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

6.9.2 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

6.9.3 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

6.9.4 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

6.9.5 – Formato vetorial. O desenho vetorial é originado com base em descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

6.10 – Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

6.11 – CSP permite a publicação de até cinco ilustrações (Figuras e/ou Quadros e/ou Tabelas) por artigo. Ultrapassando esse limite os autores deverão arcar com os custos extras. Figuras compostas são contabilizadas separadamente; cada ilustração é considerada uma figura.