

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

JULIANNE MELO DOS SANTOS MELQUIADES

**REDE CEGONHA NO BRASIL: O COMPONENTE PRÉ-NATAL E  
PARTO NA PERCEPÇÃO DAS USUÁRIAS DO SUS**

RECIFE

2019

JULIANNE MELO DOS SANTOS MELQUIADES

**REDE CEGONHA NO BRASIL: O COMPONENTE PRÉ-NATAL E PARTO NA  
PERCEPÇÃO DAS USUÁRIAS DO SUS**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Políticas de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Garibaldi Gurgel Dantas Junior

Coorientador: Prof. Dr. George Tadeu Nunes Diniz

RECIFE

2019

---

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães**

---

M528r Melquiades, Julianne Melo dos Santos.

Rede Cegonha no Brasil: o componente pré-natal e parto na percepção das usuárias do SUS / Julianne Melo dos Santos Melquiades. — Recife: [s. n.], 2019.

110 p.: ilus., tab., graf.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Garibaldi Gurgel Dantas Junior; coorientador: George Tadeu Nunes Diniz

1. Cuidado pré-natal. 2. Gestantes. 3. Parto obstétrico. 4. Qualidade da assistência à saúde. I. Dantas Junior, Garibaldi Gurgel. II. Diniz, George Tadeu Nunes. III. Título.

---

CDU 613.99

JULIANNE MELO DOS SANTOS MELQUIADES

REDE CEGONHA NO BRASIL: O COMPONENTE PRÉ-NATAL E PARTO NA  
PERCEPÇÃO DAS USUÁRIAS DO SUS

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Políticas de Saúde.

Aprovada em: 26/ 09/ 2019

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Garibaldi Gurgel Dantas Junior  
Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz

---

Prof. Dr. Wayner Vieira de Souza  
Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tereza Rebecca de Melo e Lima  
Faculdade Pernambucana de Saúde / IMIP

*À minha filha Isadora que esteve comigo durante todo o mestrado, e me permitiu renascer, amor maior que transborda em minha vida.*

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por essa força maior e de imensa graça que nos move.

À minha filha Isadora por me conceder a tarefa de ser mãe, a melhor experiência e mais difícil de minha vida.

Aos meus pais Dirza e Rivaldo (in memoriam) pelo dom da minha vida, minha avó Maria Lucilêda e meu tio Jorge pela minha criação e educação.

Ao meu esposo Vagner, pelo apoio e paciência durante todo esse tempo.

À Irene, por cuidar da casa e de minha família, sempre presente e compartilhando as vitórias e dificuldades deste período, e principalmente com minha filha Isadora nos momentos que mais precisei.

Aos meus amigos e padrinhos de Isadora (Dani e Filipe) que estiveram presentes na minha rotina familiar para que eu pudesse participar do Congresso da Abrasco e fazer o curso com Simone Diniz e Sônia Lansky, mulheres que me inspiram e colaboram com a transformação da Saúde da Mulher no SUS.

Aos meus familiares, amigos e rede de apoio pela compreensão e torcida neste período.

Às mulheres, usuárias do SUS que responderam este questionário.

Ao meu orientador Prof. Dr. Garibaldi Gurgel pelo aceite de minha orientação e do meu tema de pesquisa, por coordenar tão bem o engajamento do aluno e por se fazer presente em todas as vezes que precisei.

Meu coorientador Prof. Dr. George Diniz por ser um profissional incrível, paciente e por ter participado de toda a construção do estudo.

Ao GSS por ter me acolhido, pelo apoio, crescimento e convívio ao longo do mestrado com pessoas inestimáveis.

Aos meus amigos de turma do mestrado que vem desde a residência: Jhon, Késia Késia, Hassyla e Rebeca por dividir experiências e compartilhar tantos bons momentos juntos.

À secretaria acadêmica, representados por Glauco, Viviane e Semente que sempre estiveram disponíveis mediante as solicitações.

À biblioteca da Fiocruz, representada por Márcia que sempre colaborou nos momentos de pesquisa e busca de um artigo, dissertação ou tese.

À minha banca examinadora que vem desde a qualificação, Dra. Tereza e Dr. Wayner pelas valiosas considerações.

À Dra. Ana Lucia pelo parecer da dissertação para defesa.

Ao Núcleo de Estatística e Geoprocessamento (NEG), por me deixar adentrar neste recinto e desenvolver minha pesquisa.

A todos os professores, pesquisadores, funcionários, recepcionista e segurança do IAM/ Fiocruz PE, e aos colegas de turma.

Ao universo por me dar forças e me fazer chegar até aqui quando por diversas vezes pensei em desistir.

À vida, por esta oportunidade!

## Oração ao Anjo da Guarda

Santo Anjo do Senhor,  
meu zeloso guardador,  
já que a ti me confiou  
A piedade divina,  
Sempre me rege, me  
guarde,  
governa e ilumina,  
Amém.

MELQUIADES, Julianne Melo dos Santos. Rede Cegonha no Brasil: o componente pré-natal e parto na percepção das usuárias do SUS. 2019. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

## RESUMO

A atenção pré-natal de qualidade deve proporcionar ações resolutivas e acolhedoras às gestantes, bem como coordenar o acesso, necessário à oferta de serviços adequados na gestação, parto e pós-parto, essenciais na prevenção e proteção de eventos adversos na saúde obstétrica. O objetivo desse estudo foi analisar a percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre a orientação recebida durante as consultas do pré-natal e a internação para o parto realizadas entre 2013 e 2014 no Brasil. Realizou-se um estudo de corte transversal, analítico, com dados fornecidos pela Ouvidoria do SUS. Foram incluídas 42.657 mulheres, na primeira fase do estudo, e na segunda fase, foi utilizado um recorte amostral com 7.857, que tiveram seus partos em maternidades públicas e privadas conveniadas ao SUS e realizado os testes de qui-quadrado, análise de resíduos padronizados e modelos de regressão logística. Na primeira fase observou-se que residir no Norte do país, ter de 20 a 39 anos, casada, sem renda e sem plano de saúde apresentaram associação positiva com a ausência de informação sobre orientações do pré-natal. Na segunda fase, observou-se no modelo final que as variáveis idade de 14 a 19 anos ( $p=0,0005$ ); expectativa negativa do pré-natal ( $p=0,0006$ ) e nenhuma expectativa do pré-natal ( $p=0,0004$ ); não aferiu pressão arterial em todas as consultas ( $p=0,0015$ ); nenhum estímulo ao tipo de parto ( $p=0,0000$ ); não foi orientada em qual hospital deveria ter o bebê ( $p=0,0000$ ); não tiveram acompanhante de sua escolha ( $p=0,0000$ ); não receberam remédio ou anestesia quando solicitado para alívio da dor ( $p=0,0019$ ); não foram orientadas sobre os procedimentos feitos ( $p=0,0000$ ); não foram orientadas sobre a posição do parto ( $p=0,0000$ ); demorou a ser atendida ( $p=0,0515$ ), potencializam a probabilidade de não ter recebido orientação. Na percepção das usuárias, o pré-natal e parto da Rede Cegonha não tem cumprido as normas preconizadas relacionadas à orientação do SUS. Contudo, é necessário melhorar as informações oferecidas às gestantes com repercussão sobre partos e nascimento no Brasil.

**Palavras-chave:** Cuidado pré-natal. Gestantes. Parto obstétrico. Qualidade da assistência à saúde.

MELQUIADES, Julianne Melo dos Santos. Stork network in Brazil: the perception of SUS pregnant about prenatal and birth component. 2019. Dissertation (Master Academic in Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

### ABSTRACT

Quality prenatal care should provide resolute and welcoming actions to pregnant women, as well as coordinate the access needed to provide adequate services during pregnancy, childbirth and postpartum, essential in the prevention and protection of adverse events in obstetric health. The aim of this study was to analyze the perception of users of the Unified Health System (SUS) about the guidance received during prenatal consultations and hospitalization for childbirth performed between 2013 and 2014 in Brazil. An analytical cross-sectional study was conducted using data provided by the SUS Ombudsman. A total of 42,657 women were included in the first phase of the study, and in the second phase, a 7,857 sample cut-off was used, which had their deliveries in public and private maternity hospitals accredited by SUS and performed the chi-square tests, standardized residue analysis and Logistic regression models. In the first phase, it was observed that living in the north of the country, being between 20 and 39 years old, married, without income and without health insurance, were positively associated with the lack of information on prenatal guidance. In the second phase, it was observed in the final model that the variables age from 14 to 19 years ( $p = 0.0005$ ); negative prenatal expectation ( $p = 0.0006$ ) and no prenatal expectation ( $p = 0.0004$ ); did not measure blood pressure in all consultations ( $p = 0.0015$ ); no stimulus to type of delivery ( $p = 0.0000$ ); was not advised in which hospital should have the baby ( $p = 0.0000$ ); had no companion of their choice ( $p = 0.0000$ ); received no medicine or anesthesia when asked for pain relief ( $p = 0.0019$ ); were not oriented on the procedures performed ( $p = 0.0000$ ); they were not oriented about the position of delivery ( $p = 0.0000$ ); delayed to be attended ( $p = 0.0515$ ), potentiate the probability of not receiving orientation. In the users' perception, the prenatal and delivery of the Stork Network has not met the recommended standards related to SUS guidance. However, it is necessary to improve the information offered to pregnant women with repercussions on childbirth and birth in Brazil.

**Keywords:** Prenatal Care. Pregnants Women. Obstetric Delivery. Quality of Health Care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Distribuição quanto à representatividade das mulheres por capital que participaram da pesquisa Rede Cegonha 2013-2014	29
<b>Quadro 1</b> - Perguntas relacionadas à análise de componente orientação do pré-natal	31
<b>Quadro 2</b> – Descrição das variáveis independentes	31
<b>Gráfico 1</b> - Distribuição das principais características do pré-natal das mulheres que participaram da pesquisa Rede Cegonha, Brasil 2013-2014	37

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Distribuição das características sociodemográficas das usuárias entrevistadas pela Ouvidoria do SUS segundo informação de orientação no pré-natal. Brasil, 2013-2014 \_\_\_\_\_38
- Tabela 2** - Proporção de ausência de orientação de pré-natal segundo os tipos de parto realizados em um inquérito nacional de mulheres Rede Cegonha. Brasil 2013-2014 \_\_\_\_\_39
- Tabela 3** – Distribuição quanto às características demográficas e socioeconômicas da amostra composta pelas mulheres que participaram da pesquisa Rede Cegonha. Brasil, 2013-2014 \_\_\_\_\_40
- Tabela 4** - Distribuição quanto às características do pré-natal da amostra composta pelas mulheres que participaram da pesquisa Rede Cegonha. Brasil, 2013-2014 \_\_\_\_\_41
- Tabela 5** - Distribuição quanto às características relacionadas ao parto e nascimento do bebê, da amostra composta pelas mulheres que participaram da Rede Cegonha. Brasil, 2013-2014 \_\_\_\_\_42
- Tabela 6** - Distribuição quanto à observância das boas práticas do parto humanizado, da amostra composta pelas mulheres que participaram da pesquisa Rede Cegonha. Brasil, 2013-2014 \_\_\_\_\_44
- Tabela 7** – Distribuição quanto à ocorrência de violência obstétrica durante o parto, da amostra composta pelas mulheres que participaram da pesquisa Rede Cegonha. Brasil, 2013-2014 \_\_\_\_\_46
- Tabela 8** - Distribuição segundo a ocorrência e tipo de complicações no parto ou puerpério, da amostra composta pelas mulheres que participaram da pesquisa Rede Cegonha. Brasil, 2013-2014 \_\_\_\_\_48
- Tabela 9** – Análise da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis demográficas e

socioeconômicas, Brasil, 2013-  
2014\_\_\_\_\_49

**Tabela 10** - Análise da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis de consulta no pré-natal. Brasil, 2013-  
2014\_\_\_\_\_50

**Tabela 11** - Análise da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis que descrevem o momento do parto. Brasil, 2013-  
2014\_\_\_\_\_53

**Tabela 12** - Análise da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal e parto das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis das boas práticas do parto humanizado e a ocorrência dessas práticas no momento do parto. Brasil, 2013-  
2014\_\_\_\_\_55

**Tabela 13** - Análise da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis que descrevem a violência obstétrica. Brasil, 2013-  
2014\_\_\_\_\_58

**Tabela 14** - Análise da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis que descrevem as complicações no parto. Brasil, 2013-  
2014\_\_\_\_\_60

**Tabela 15** – Análise multivariada por bloco da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis demográficas e socioeconômicas. Brasil, 2013-  
2014\_\_\_\_\_62

**Tabela 16** – Análise multivariada por bloco da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis de consulta pré-natal. Brasil, 2013-2014\_\_\_\_\_62

**Tabela 17** – Análise multivariada por bloco da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis que descrevem o momento do parto. Brasil, 2013-2014\_\_\_\_\_64

**Tabela 18** – Análise multivariada por bloco da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis de boa prática do parto humanizado. Brasil, 2013-2014\_\_\_\_\_65

**Tabela 19** – Análise multivariada por bloco da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis que descrevem a violência obstétrica. Brasil, 2013-2014\_\_\_\_\_65

**Tabela 20** – Análise multivariada por bloco da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com a variável complicação no parto. Brasil, 2013-2014\_\_\_\_\_66

**Tabela 21** – Modelo final multivariado da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis “faixa etária”, “bolsa família”, “expectativa do pré-natal”, “pressão arterial”, “estímulo ao tipo de parto”, “hospital de referência”, “acompanhante no parto”, “anestesia”, “informação sobre procedimentos feitos”, “posição do parto” e “demora no atendimento”, Brasil, 2013-2014\_\_\_\_\_67

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comitê Nacional de Ética em Pesquisa
CPN	Centro de Parto Normal
DN	Declaração de Nascido Vivo
DOGES	Departamento de Ouvidoria Geral do SUS
EAD	Educação à Distância
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FACEPE	Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GSS	Governança em Sistemas e Serviços de Saúde
HAC	Hipertensão Arterial Crônica
HC	Hospital das Clínicas
HOSP	Hospital
IAM	Instituto Aggeu Magalhães
IBM	International Business Machines
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PE	Pernambuco
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
RC	Rede Cegonha
REG SUS	Regulação do SUS
RN	Recém Nascido
RR	Risco Relativo
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal

e Nascimento

SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TP	Trabalho de Parto
TTRN	Taquipnéia Transitória do Recém-Nascido
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>18</b>
1.1 Pré-natal	20
1.2 Parto no Brasil: reflexão e mudança	22
<b>2. OBJETIVO GERAL</b>	<b>26</b>
2.1 Objetivos Específicos	26
<b>3. METODOLOGIA</b>	<b>27</b>
3.1 Delineamento	27
3.2 População e amostra do estudo	28
3.3 Coleta de dados	30
3.4 Instrumentos	30
3.5 Descrição de variáveis	30
3.6 Análise dos dados	34
<b>4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b>	<b>36</b>
<b>5. RESULTADOS</b>	<b>37</b>
5.1 Pré-natal: parte técnica e informativa	37
5.2 Perfil sociodemográfico e orientação de pré-natal	38
5.3 Ausência de orientação para o parto e tipo de parto realizado	39
5.4 Modelo de regressão logística univariado	48
5.5 Modelo de regressão logística multivariado por bloco	61
5.6 Modelo de regressão logística multivariado geral	66
<b>6. DISCUSSÃO</b>	<b>69</b>
6.1 Regressão logística multivariada por bloco	79
6.1.1 Demográfico e socioeconômicas	79
6.1.2 Consulta no pré-natal	79
6.1.3 Momento do parto	80
6.1.4 Boas práticas do parto humanizado	80
6.1.5 Violência obstétrica	81
6.1.6 Complicações no parto	81
6.2 Governança	81
<b>7. CONCLUSÃO</b>	<b>84</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>86</b>

<b>APÊNDICE A – Questionário das usuárias</b>	<b>96</b>
<b>APÊNDICE B – Parecer do comitê de ética</b>	<b>106</b>
<b>APÊNDICE C – Declaração de vinculação do recorte da pesquisa</b>	<b>110</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O nascimento de uma criança reveste-se de distintos significados simbólicos no âmbito de cada família, e, revela as configurações dos arranjos sociais e a valorização dada pelas sociedades à gestação e ao parto (ARAUJO, 2012).

A atenção pré-natal de qualidade deve proporcionar ações resolutivas e acolhedoras às gestantes bem como coordenar o acesso necessário à oferta de serviços adequada na gestação, parto e pós-parto (GUIMARAES; JONAS; AMARAL, 2018). Nesses momentos à atenção de qualidade é essencial como fator de prevenção e proteção de eventos adversos na saúde obstétrica. A sua não realização ou a realização inadequada tem sido relacionada ao aumento da morbimortalidade materna e infantil (LANSKY, 2014).

Ao longo dos últimos anos, houve elevação substancial da cobertura do pré-natal no Brasil, porém a precária qualidade desse serviço tem apresentado grandes problemas que se conjugam para sua condução inadequada. Diversos fatores contribuem para um cenário potencial de baixa qualidade na assistência pré-natal relacionados ao cumprimento dos seus objetivos essenciais, dentre eles destacam-se: a não realização de exames laboratoriais de rotina e procedimentos básicos recomendados; a falta de prescrições e orientações durante a consulta de pré-natal; dificuldades organizacionais no acesso às consultas, principalmente em regiões mais pobres do país (GUIMARAES; JONAS; AMARAL, 2018; NUNES *et al.*, 2016).

O Ministério da Saúde (MS) recomenda o número mínimo de seis consultas durante uma gestação a termo e a realização de procedimentos clínico-laboratoriais básicos para esse público-alvo. De acordo com o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), criado em 2000, o objetivo dessas consultas é reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil. Da mesma forma em estudos realizados com enfoque na saúde materno-neonatal, são preconizadas algumas ações educativas e informacionais dentre as quais as orientações específicas sobre amamentação, alimentação suplementar, imunização e parto fundamentais para uma boa condução do cuidado obstétrico integral (BARRETO *et al.*, 2013; BRASIL, 2016; RESENDE; RODRIGUES; FONSECA, 2015).

A partir da experiência anterior do PHPN, foi desenvolvida em âmbito nacional, no ano de 2011, o Programa Rede Cegonha (RC) através da implantação dos seus componentes – pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico, com suporte de transporte sanitário e regulação de acesso que visa qualificar a atenção obstétrica brasileira (MARTINELLI, 2014).

O MS implantou a RC como uma estratégia de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país, bem como, proporcionar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada na gravidez, no parto e no puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento saudáveis. A RC traz em seus componentes o enfoque a atenção pré-natal e parto, com orientações acerca da assistência que deve ser prestada durante o acompanhamento durante o pré-natal e parto (BRASIL, 2011 apud MELQUIADES, 2017).

O RC representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças que vão desde o cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento; articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica para o parto; qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades; melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades); ampliação de serviços e profissionais para estimular a prática do parto fisiológico; e humanização durante o trabalho de parto e nascimento (Casa de Parto Normal, enfermeira obstétrica, parteiras, Casa da Mãe e do Bebê), (BRASIL, 2013).

A lógica de implementação da rede assistencial proposta no programa governamental visa reduzir as mortalidades materna e infantil, através de um conjunto de ações pactuadas com os gestores do SUS que envolvem normas e rotinas obstétricas atualizadas, abertura de novos serviços e institucionalização dos cuidados padronizados voltados à condução adequada da assistência obstétrica e neonatal (BRASIL, 2013; MARTINELLI, 2014).

No Brasil, a assistência obstétrica foi determinada pela consolidação hegemônica e tecnocrática, medicalizada, sem evidências científicas, sem a essência no cuidado e com o predomínio do uso da tecnologia (MAIA, 2010; PORTELA, 2014). A Carta de Fortaleza elaborada após a Conferência Internacional no ano 2000, possui um marco importante na saúde pública e no direito das mulheres capaz de inspirar muitas ações de mudança dentre elas, recomenda-se a participação das mulheres no desenho e avaliação dos programas, a liberdade de posições no parto, a presença de acompanhantes, o fim dos enemas, raspagens e amniotomia, a abolição do uso de rotina da episiotomia e da indução do parto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1985).

Em texto citado por Diniz (2005) sobre os muitos sentidos da assistência ao parto no Brasil faz um resgate sobre as diversas leituras sobre o parto tendo a mulher como centro desse movimento.

“O corpo feminino, antes necessariamente carente de resgate, é redescrito como apto a dar à luz, na grande maioria das vezes, sem necessidade de quaisquer intervenções ou sequelas previsíveis. O nascimento, antes um perigo para o bebê, é redescrito como processo fisiológico necessário à transição (respiratória, endócrina, imunológica) para a vida extra-uterina. O parto, antes por definição um evento médico-cirúrgico de risco, deveria ser tratado com o devido respeito como experiência altamente pessoal, sexual e familiar. Os familiares são convidados à cena do parto, especialmente os pais, antes relegados ao papel passivo de espectadores. De evento medonho, o parto passa a inspirar uma nova estética, na qual estão permitidos os elementos antes tidos como indesejáveis – as dores, os genitais, os gemidos, a sexualidade, as emoções intensas, as secreções, a imprevisibilidade, as marcas pessoais, o contato corporal, os abraços” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986).

No tocante ao parto vaginal, a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, passando a ser visto como sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor (REHUNA, 1993).

O movimento da humanização do parto tem sido fortalecido no Brasil, destacando-se os Centros de Parto Normal em diversas regiões do país; em Minas Gerais, com o Hospital (Hosp.) Sofia Feldman e a Exposição Sentidos do Nascer que acontece em Belo Horizonte, Brasília e Rio de Janeiro; a Casa Ângela em São Paulo; em Pernambuco representado pelo Hosp. da Mulher, grupos Curumin e Cais do Parto com atuação das parteiras tradicionais; Obstare Recife, cujo significado é Estar ao Lado – deriva da palavra latina “obstetrix” e BelleVie (Centro de Maternidade e Saúde), os dois últimos trabalham o empoderamento e o protagonismo das mulheres de classe média com o Parto Humanizado impulsionando este movimento na rede privada e pública.

### **1.1 Pré-natal**

Na área da saúde, o conceito de qualidade é o produto social expresso por expectativas sobre as relações entre clientes e prestadores de serviços e as formas como são legitimados os papéis no sistema de saúde (GASTAL; ROESSLER, 2006). Assim, a gestão da qualidade reflete a forma como são compartilhadas as responsabilidades públicas e individuais e o grau de preocupação com o direito de acesso ao serviço pela população, bem como a melhoria da saúde pessoal e coletiva (AZEVEDO, 1991).

No modelo de análise proposto por Donabedian, que está baseado na avaliação de estrutura, processo e resultado, é extensivamente aceito e divulgado por ser compatível e útil para os programas de saúde por contemplar sua lógica de funcionamento: recursos, organização, atividades, serviços e efeitos (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994).

A partir dessa análise, os resultados voltam-se ao estudo dos efeitos e consequências das intervenções, utilizando taxas, indicadores, parâmetros de saúde e de satisfação da clientela (DONABEDIAN, 1988).

Para avaliar a assistência pré-natal no Brasil dados de abrangência nacional são escassos. A partir das informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) apontam que houve um aumento da cobertura no país em 2013. Optou-se pelo ano de 2013 por ter sido o mesmo ano da pesquisa do RC cujo resultado dos componentes pré-natal e parto serão discutidos neste trabalho. O SINASC tem como base a Declaração de Nascido Vivo (DN), que abrange um grande número de informações sobre a mãe, o pré-natal, o parto e o recém-nascido. Identificou-se que dos 2.904.027 nascimentos no Brasil, 63,1% das gestantes realizaram sete ou mais consultas de pré-natal no ano de 2013 (ANJOS; BOING, 2016).

Entretanto, este sistema só permite a análise do número de consultas realizadas e restringe as gestações que resultaram em um nascido vivo. O Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (Sisprenatal) permite acesso a outras informações, tais como: idade gestacional no início da assistência pré-natal, exames de rotina, vacinação antitetânica, número de consultas no pré-natal e consultas no puerpério, no entanto, não estão disponíveis para consulta regular e são sub-registrados (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) também fornece dados para a assistência pré-natal, no entanto os últimos resultados foram de 2006, que apontou 80,9% de cobertura pré-natal com seis ou mais consultas, elevada realização de exame e de fornecimento de cartão pré-natal (BRASIL, 2009).

A PNDS apresentou três edições nos anos de (1986, 1996 e 2006), esperava-se em 2016, porém não ocorreu, e haverá uma subamostra, na qual serão selecionados domicílios com mães de filhos ainda pequenos. Nessa pesquisa, há perguntas ligadas ao período de gestação, ao parto, à amamentação e à vacinação, entre outras, já que é feita uma investigação sobre a saúde reprodutiva da mulher e os primeiros meses do bebê (IBGE, 2013).

Ao longo do tempo, observou-se um aumento do número de consultas de pré-natal realizado pelas gestantes, no entanto os estudos atuais ainda demonstram que a qualidade do

pré-natal está abaixo do esperado (BRASIL, 2012). É importante destacar que o fato de aumentar o número de consultas do pré-natal não necessariamente implica na melhoria da qualidade da assistência, conforme observado em um estudo em países desenvolvidos (DOWSWELL *et al.*, 2010). E por isso, tão importante quanto a aferição de medidas, encaminhamento para exames, o entendimento de cada informação gerando orientação devem receber igual importância.

No protocolo do MS, o PHPN utilizado no Brasil desde o ano 2000, tem-se dentre os critérios mínimos a serem cumpridos durante o pré-natal, garantindo a qualidade da assistência às gestantes, a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal para uma gestação a termo, com início do acompanhamento ainda no primeiro trimestre da gestação, além de recomendar a realização de exames laboratoriais e clínico-obstétricos somados às orientações sobre aleitamento materno (CESAR; GONÇALVES; SASSI, 2009; BRASIL, 2016; SILVA *et al.*, 2013).

Todavia, ainda se discute qual seria o número ideal de consultas de pré-natal, isto porque foi constatado que um número inferior de consultas realizadas de forma qualificada é considerada tão efetiva quanto as que ocorrem em maior número (VILLAR *et al.*, 2013).

## **1.2 Parto no Brasil: reflexão e processo de mudança**

Em 2005, foi implantada a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, através da Portaria nº 1.067, onde destacou que a atenção obstétrica e neonatal humanizada e de qualidade é direito da mulher e do recém-nascido e reforçou que era essencial assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério que forneçam orientações em saúde (BRASIL, 2005).

A pesquisa Nascir no Brasil que divulgou seus resultados desde 2014 e após um balanço do Programa RC realizado em 2017, apontou resultados promissores, referência de boas práticas e redução de intervenções desnecessárias. Uma boa iniciativa foi a criação do Programa de Formação em Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal para Atuação dos Comitês de Mortalidade na modalidade de ensino à distância (EAD), este curso visava o aprimoramento de registro de dados e dos sistemas de informação para subsidiar as políticas de melhoria da atenção à saúde da mulher e das crianças, já formando 99 tutores e 2.586 alunos distribuídos em 891 municípios brasileiros entre 2013 e 2015 (LEAL, 2018).

Em 2015 foi criado o programa Parto Adequado com o objetivo de reduzir as cesáreas desnecessárias. Apesar de inicialmente apresentar uma participação limitada na

saúde suplementar, envolveu unidades importantes no país, fato que colaborou para a sua expansão contando atualmente com a adesão voluntária de aproximadamente 150 hospitais. Os resultados preliminares dessa iniciativa apontam melhoria dos indicadores, como, redução de cesáreas e de nascimentos entre a 37<sup>a</sup> e 38<sup>a</sup> semana de gestação (TORRES *et al.*, 2018). Observou-se que as conhecidas cesáreas eletivas, passaram a ser marcadas a partir da 39<sup>a</sup> semana de gestação, situação em que o bebê é denominado termo, destacando um cuidado maior entre os obstetras reduzindo internamentos desnecessários por taquipnéia transitória do recém-nascido (TTRN).

Essa mudança teve o apoio essencial do Conselho Federal de Medicina, Resolução nº 2.144 que garantiu a segurança do feto para a cesariana realizada a pedido da gestante nas situações de risco habitual somente poderá ser feito a partir da 39<sup>a</sup> semana (BRASIL, 2016).

É fundamental trazer a reflexão que os seus resultados maternos e perinatais têm sido considerados os piores em comparação a outros países que possuem desenvolvimento econômico semelhante ao nosso. A situação é ainda mais alarmante nos serviços privados com mais de 80% de cesáreas (o maior no mundo), a taxa de mortalidade materna é sobretudo elevada e a mortalidade neonatal componente da mortalidade infantil que reflete a atenção obstétrica tem apresentado uma menor queda nesse último período. Todo este assunto é pauta atual de discussão na sociedade brasileira (MAIA, 2010).

Outra questão que vem sendo discutida é: o que leva a mulher a solicitar cesárea e estudos sugerem está relacionado ao modelo de assistência prestada, porque a cesárea é tida com um ato de dignidade já que o parto vaginal é cheio de intervenções desnecessárias, doloroso, solitário onde a mulher não tem direito ao acompanhante de sua escolha, além do internamento ser precoce quando ainda não está em trabalho de parto ativo (BARBOSA *et al.*, 2003).

O número de cesáreas ultrapassa o que é preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com percentuais muito acima dos 15%, apresentando um caráter intervencionista e medicalizado que não considera a mulher na sua totalidade (BARROS *et al.*, 2010; GOTTEMS, 2015; WAGNER, 2001).

Em pesquisa realizada por Silva *et al.* (2017) no município de Recife avaliando a qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar, identificou que nas unidades avaliadas, cinquenta mulheres ouvidas ainda durante o internamento relataram ter sofrido violência, realidade que vem sendo amplamente discutida na literatura (D'ORSI *et al.*, 2014; TESSER *et al.*, 2014), a fim de garantir o respeito e o direito das mulheres.

Por isso, as boas práticas de atenção ao parto e as intervenções obstétricas tem sido temas bastante explorados, bem como em protocolos internacionais, nacionais e locais, a fim de mudar a cultura do parto (BRASIL, 2011; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996; LEAL *et al.*, 2014).

Para além das questões relacionadas diretamente com a saúde clínica, o pré-natal é um momento importante para o fortalecimento da autonomia reprodutiva das mulheres, contribuindo para o processo de tomada de decisões conjuntas esclarecidas.

As Ouvidorias em Saúde têm sido inseridas nas pesquisas institucionais avaliativas, a partir da interação direta com as usuárias, com o objetivo de obter informações fundamentais para a condução dos programas do SUS baseadas na opinião de quem recebe os cuidados assistenciais (ALMEIDA *et al.*, 2018).

A Ouvidoria do SUS tem adotado atitudes mais proativas na busca de informações sobre a assistência dentro do sistema público de saúde no Brasil. A busca de informações sobre a qualidade do que é ofertado, na perspectiva das usuárias, subsidia a gestão e o controle social, mediante o exercício da democracia direta, através dos canais de participação que permitem a realização de pesquisas sobre a sua satisfação. Isso consiste em importante instrumento de avaliação de serviços (ANTUNES, 2008). Nesse sentido, experiências governamentais que auscultam diretamente as mulheres parturientes no SUS, são realizadas pelo MS para saber aspectos relacionados ao pré-natal, parto e puerpério.

Considerando, a escuta das mulheres que passaram pelo atendimento ao pré-natal e parto no SUS procura-se saber as consequências dessa ausência de orientações repassadas para as gestantes, que repercutem no parto e nascimento, para uma avaliação mais adequada desses componentes do Programa RC.

O que tem sido visto na prática da atenção obstétrica e neonatal é um pré-natal com poucas orientações para as gestantes e resultado de ações pulverizadas, desarticuladas, as quais revelam a inexistência de uma rede integrada de atenção ao parto e ao nascimento (ARAÚJO, 2012).

Este estudo é pertinente pela: compreensão de que melhorar a qualidade do pré-natal e parto é fundamental enquanto estratégia na redução da morbimortalidade materna-infantil como parâmetro para dimensionar as condições de saúde oferecidas às gestantes no Brasil.

Para isso, faz-se necessário adotar mecanismos de análise e reflexão, baseada na perspectiva das mulheres, usuárias do SUS, sobre as ações realizadas no pré-natal e parto e recomendações preconizadas no Programa RC. Desse modo, pode ser avaliado a percepção sobre o pré-natal e parto na visão das gestantes destinatárias do processo de cuidado. Essa

informação é fundamental para dimensionar o funcionamento das ações diretamente relacionadas aos componentes pré-natal e parto com repercussão sobre o nascimento, puerpério e condição materno-infantil.

Assim, a assistência à gestação e ao parto pode estar se constituindo em um dos marcos mais reveladores das condições de desigualdade em nossa sociedade (ARAÚJO, 2012).

Sendo assim, o presente estudo teve como pergunta condutora: **“O que as respostas das usuárias entrevistadas pela Ouvidoria do SUS mostram sobre a qualidade da informação gerada na assistência pré-natal que repercutem no parto?”**

No contexto do presente estudo, aspectos ligados à qualidade do pré-natal, orientação, direito e autonomia das mulheres, condições adequadas de assistência ao parto e violência obstétrica foram discutidas e requerem uma análise sobre a saúde materna instalada no país.

É importante destacar que a pesquisadora faz parte do corpo assistencial de uma maternidade privada, na condição de enfermeira assistencial há sete anos. Durante o mestrado, vivenciou a gestação e parto, tendo a informação um dos seus principais alicerces para suas decisões. Ao escolher a temática da orientação na gestação que repercutem no parto como possível direito e valorizando sua autonomia, a pesquisadora opta por um recorte nacional e que retrata a realidade brasileira.

## **2 OBJETIVO GERAL**

Analisar a percepção das usuárias do SUS, inseridas no Programa Rede Cegonha (RC), sobre a orientação recebida durante as consultas no pré-natal e na internação para o parto, realizados, entre 2013 e 2014, no Brasil.

### **2.1 Objetivos específicos**

- a) Descrever a percepção das usuárias do SUS sobre a atenção recebida no pré-natal, relacionado à realização de exames, o desfecho de parto e as orientações que lhe foram oferecidas nessas ocasiões das consultas do inquérito da RC, cujas internações ocorreram entre 2013 e 2014 no Brasil;
- b) Descrever e analisar as prevalências de obter desfechos desfavoráveis das ações realizadas no pré-natal, no nascimento do bebê e no puerpério, segundo a percepção das mulheres que receberam ou não orientação durante o ciclo gravídico-puerperal;
- c) Analisar a associação entre os blocos: modelo multivariado das variáveis socioeconômicas e demográficas, consulta de pré-natal, momento do parto, boas práticas do parto humanizado, violência obstétrica, complicação no parto com a ausência de orientação ocorridas no pré-natal e internações.

### 3 METODOLOGIA

O presente estudo está inserido dentro de um projeto maior intitulado: “Projeto de Colaboração com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Departamento de Ouvidoria Geral (Doges) do SUS” que é fruto do Termo de Cooperação nº 78/2012 com o Fundo Nacional de Saúde-FNS, Processo Nº 25382.000394/2013-11, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Pernambuco (PE) e da Ouvidoria do SUS do MS e pela pesquisa: Redes Assistenciais Integradas e Sustentáveis: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS); ambas coordenadas pelo Departamento de Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães (IAM).

Foi feito um recorte da Pesquisa Nacional do Programa RC, na percepção das usuárias, relacionada às ações de informações e orientação para gestantes no pré-natal e parto com possível impacto sobre o binômio materno-fetal.

#### 3.1 Delineamento

O presente estudo é caracterizado como corte transversal, descritivo e do tipo analítico. Este estudo permite verificar se há associação entre a variável de desfecho e as de exposição, e mesmo havendo possibilidade de apresentar viés de causalidade reversa, é considerado um estudo de maior viabilidade por ser mais rápido e possuir um menor custo (SANTANA; CUNHA, 2013).

Buscando uma maior compreensão do estudo optou-se por realizá-lo em duas fases:

Seção 1: Na primeira fase, utilizou-se a população total do estudo onde foi feita uma análise de amostra complexa. Participaram do estudo 42.657 mulheres, no universo da ouvidoria, que haviam realizado o parto no SUS nos anos 2013 e 2014. A descrição dos resultados foi subdividida em três tópicos: Distribuição das principais características do pré-natal (parte técnica e informativa) (Gráfico1); Variáveis sociodemográficas e de orientação/informação no pré-natal (Tabela 1); e Variáveis de orientação para o parto e tipo de parto (Tabela 2).

Seção 2: Na segunda fase do estudo, foi utilizado um recorte amostral com 7857 mulheres que haviam realizado o parto no SUS nos anos 2013 e 2014. A descrição dos resultados foi subdividida em três tópicos: Distribuição quanto às principais características da amostra composta pelas mulheres que participaram da pesquisa RC; análise univariada e multivariada por bloco da associação e estimativas das Razão de Chances “*Odds Ratio* – (OR) relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo

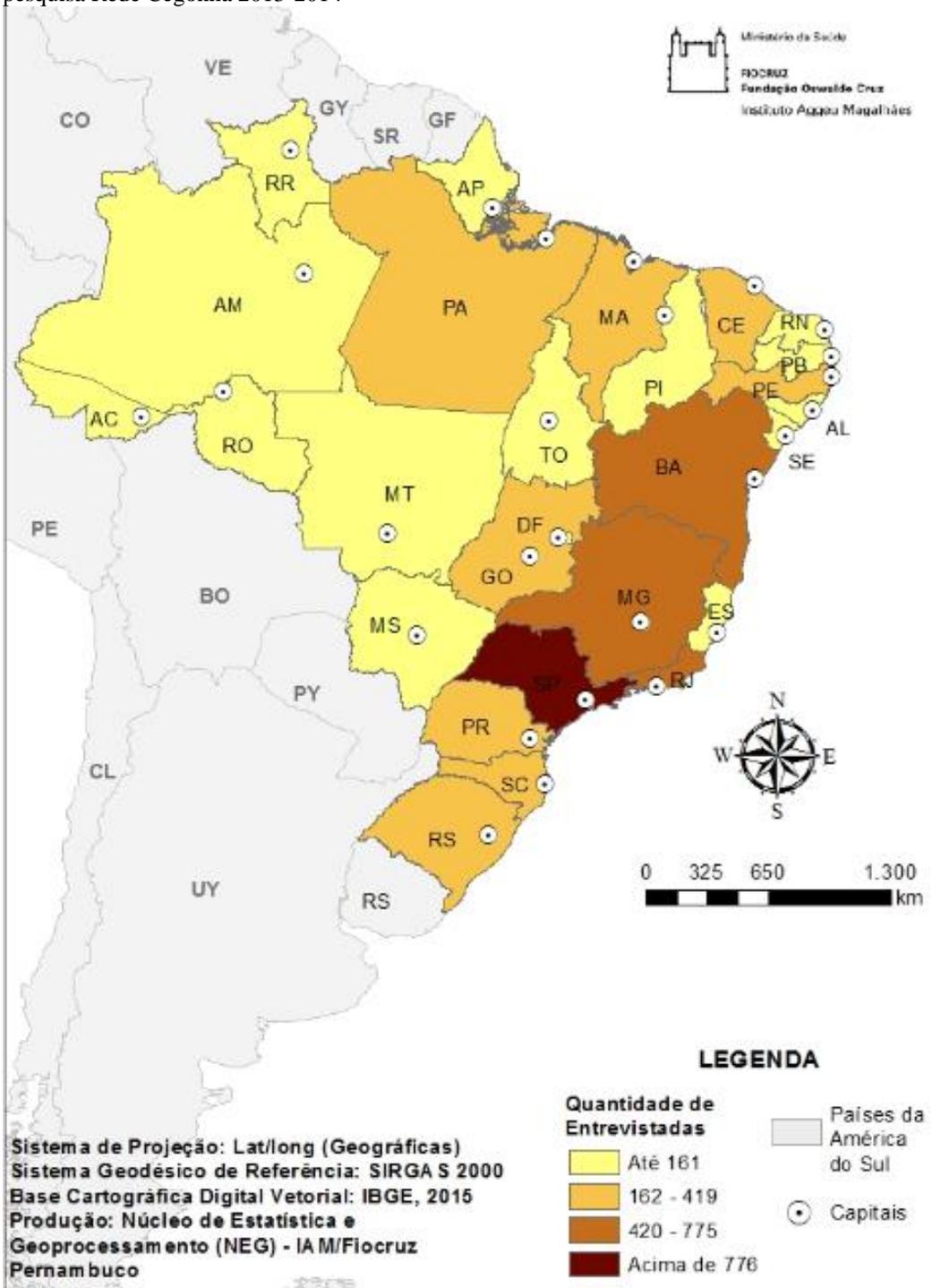
RC com as variáveis que descrevem os fatores demográficos, socioeconômicos, de pré-natal, trabalho de parto e nascimento.

### **3.2 População e amostra do estudo**

A população alvo foram as mulheres atendidas em maternidades públicas e privadas conveniadas ao SUS, em todos os Estados brasileiros, no período de 2013-2014 totalizando uma população de 42.657 mulheres.

No cálculo amostral ponderou-se os parâmetros relativos às prevalências em relação as respostas das 6 (seis) questões que compõem a variável orientação, onde estas prevalências variaram de 26% a 50%. Também considerou-se o fato das variáveis explicativas apresentarem em sua maioria mais de quatro alternativas como respostas em cada uma das questões. Desta forma, adotou-se os seguintes parâmetros na definição do tamanho da amostra: uma prevalência de 50%, erro amostral de 1%, intervalo de confiança de 95% e um universo de 42.657 mulheres. Obteve-se um n amostral de 7.839 mulheres, retirado nesta pesquisa, que responderam ao questionário da RC. Neste cálculo, foi levado em conta as 27 unidades federativas do Brasil e suas respectivas populações.

**Figura 1** – Distribuição quanto à representatividade das mulheres por capital que participaram da pesquisa Rede Cegonha 2013-2014



Fonte: mapa elaborado pelo NEG, 2019.

### **3.3 Coleta de dados**

A coleta de dados da pesquisa âncora do RC ocorreu através de censitário, operacionalizado por 90 teleatendentes treinadas por empresa especializada e contratadas pelo Doges/MS. Para cada número de telefone válido, contidos na Guia de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) dessas parturientes, foram realizadas no mínimo 06 (seis) tentativas de contato em dias e horários alternados. Para o ano de 2013, foram analisados os dados das entrevistas aplicadas por telefone no período de junho de 2015 a dezembro de 2015; e, para o ano de 2014, o período compreendido foi de outubro de 2015 a março de 2016. A partir desta coleta, foi montado um banco de dados e para o presente estudo utilizado dados secundários.

### **3.4 Instrumento**

O instrumento de coleta de dados contou com 06 (seis) questões com variáveis de natureza sócio demográficas: região, idade, estado civil, renda familiar, possuir ou não auxílio advindo do Programa Bolsa Família e se possuir ou não plano de saúde. E ainda, contou com 53 questões objetivas cujo conteúdo é relacionado ao pré-natal, parto e nascimento; além de questões relacionadas à satisfação das mulheres (Anexo A).

### **3.5 Descrição das variáveis**

Nesse recorte do banco de dados utilizou-se como variável dependente seis perguntas referentes à orientação/informação no pré-natal (Quadro 1); criando assim uma variável com duas categorias: não ter recebido nenhuma orientação (Não) ou ter recebido pelo menos uma orientação (Sim) que foi utilizada para verificar a associação com as demais variáveis utilizando testes estatísticos no primeiro momento.

Para responder o objetivo 1, foi realizado cruzamento da variável dependente com perguntas referentes à orientação/informação do pré-natal com a variável independente relacionada ao tipo de parto para observar se houve associação com as respostas negativas.

**Quadro 1.** Perguntas relacionadas à análise de componente orientação do pré-natal.

<b>As mulheres receberam informações sobre:</b>	
1	Lei do acompanhante (Lei 11.108, de 07 de abril de 2005) (livre escolha); Plano de parto (lista de itens relacionados ao parto em que a mulher deixa registrada as suas vontades);
2	Tipos de parto, seus riscos e benefícios;
3	Benefícios das diferentes posições para ter o bebê no parto vaginal;
4	Direito à anestesia na hora do parto vaginal;
5	Necessidade de autorização dos procedimentos durante o trabalho de parto.
6	

Fonte: a autora, 2019.

Foi criada uma variável dicotômica relatando se houve ou não orientação para estas mulheres. Para tal, considerou-se que houve orientação quando observou-se pelo menos uma variável com resposta “Sim”. Para se classificado que não houve orientação, considerou-se os relatos das mulheres que disseram não para todas as 06 (seis) questões acima. Posteriormente, foi feito o cruzamento desta variável com as variáveis que descrevem os fatores “demográficos e socioeconômicos”, de “pré-natal”, “parto e nascimento”, “boas práticas do parto humanizado” e “violência obstétrica” (Quadro 2).

**Quadro 2** – Descrição das variáveis independentes

(continua)

Questio-nário	Grupo	Variável	Definição	Categorias
Usuárias	Demográficas e socioeconômicas	Estado civil	Situação de um indivíduo em relação ao matrimônio	0 = Casada 1 = Divorciada/ Separada 2 = Solteira 3 = União Estável 4 = Viúva
		Raça / Cor	Categoria de pertencimento racial do indivíduo	0 = Amarela 1 = Branca 2 = Indígena 3 = Parda 4 = Preta
		Renda Familiar	Renda Familiar em salários mínimos	0 = Entre 1 e 2 salários mínimos 1 = Mais de 2 até 5 salários mínimos 2 = Mais de 5 até 10 salários mínimos 3 = Mais de 10 até 15 salários mínimos 4 = Mais de 15 até 20 salários mínimos 5 = Menos de 1 salários mínimos 6 = Não tem renda
		Bolsa Família	Se recebe bolsa família	0 = Não / 1 = Sim
		Plano de Saúde	Se possui convênio ou plano particular de saúde	0 = Não / 1 = Sim
	Pré-Natal	Pré-Natal	Se fez pré-natal durante esta gravidez	0 = Não 1 = Sim (Ambos: plano de saúde privado) 2 = Sim (Particular ou plano de saúde) 3 = Sim (Pelo SUS)

Quadro 2 – Descrição das variáveis independentes

(continua)

Usuárias	Parto e Nascimento	Expectativa	Expectativa sobre a marcação de consultas, qualidade e atendimento do pré-natal antes de iniciar as consultas no SUS	0 = Muito Negativa 1 = Muito Positiva 2 = Negativa 3 = Nenhuma 4 = Positiva
		Parto	Tipo de parto desejado no pré-natal	0 = Cesariana 1 = Outro 2 = Parto domiciliar 3 = Parto vaginal
		Pressão Arterial	Se a pressão foi aferida em todas as consultas do pré-natal do SUS	0 = Não 1 = Sim, algumas vezes 2 = Sim, todas as vezes
		Exame de Urina	Se fez exame de urina até a 20ª semana (4º mês) de gestação	0 = Fez exame e não recebeu resultado 1 = Fez exame e recebeu resultado
		Exame de Sangue	Se fez exame de sangue até a 20ª semana (4º mês) de gestação	0 = Fez exame e não recebeu resultado 1 = Fez exame e recebeu resultado
		Estimulada ao Parto	Se foi estimulada a fazer qual tipo de parto	0 = Cesariana 1 = Nenhum 2 = Normal
		Rede de Referência	Se foi informada pela equipe responsável pelo pré-natal, em qual hospital deveria ter o bebê	0 = Não / 1 = Sim
		Peregrinação	Se teve o bebê no primeiro hospital que procurou	0 = Não / 1 = Sim
		Semanas de gestação	Quantidade de semanas de gestação quando o bebê nasceu	0 = 28 a 31 semanas (7º mês) 1 = 32 a 36 semanas (8º mês) 2 = 37 a 41 semanas (9º mês) 3 = 42 semanas (mais de 9 meses) 4 = até 27 semanas (6º mês)
		Presença de acompanhante	Se teve acompanhante de sua escolha antes de ter o bebê	0 = Não 1 = Sim, mas foi uma mulher. 2 = Sim, tive acompanhante.
		Ausência de acompanhante	Motivo de não ter acompanhante de sua escolha	0 = Não deu tempo 1 = Não quis acompanhante 2 = Não sabia que podia ter acompanhante 3 = Não tinha acompanhante 4 = O serviço não permitiu acompanhante 5 = Outro motivo
		Acompanhante no nascimento	Se no momento/hora do nascimento, havia acompanhante de sua escolha	0 = Não 1 = Sim, foi uma mulher porque o serviço não permitia homens 2 = Sim, tive acompanhante de minha escolha
		Tipo de parto	Qual tipo de parto o seu bebê nasceu	0 = Parto por operação cesariana agendada ou sem tentativa de parto vaginal 1 = Parto por operação cesariana após ter tentado parto vaginal 2 = Parto vaginal à fórceps
		Posição	Posição do parto vaginal	0 = Agachada (cócoras) 1 = Apoiada de quatro 2 = Deitada com a barriga pra cima 3 = Deitada de lado 4 = Outros 5 = Sentada
Episiotomia	Se foi realizado um corte vaginal para facilitar a passagem do bebê	0 = Não 1 = Sim, não teve anestesia 2 = Sim, teve anestesia		

Quadro 2 – Descrição das variáveis independentes

(continua)

Usuárias	Boas práticas do parto humanizado	Alimentação	Se pôde comer ou beber algo	0 = Não/ 1 = Sim
		Caminhar	Se pôde caminhar e movimentar livremente	0 = Não/ 1 = Sim
		Chuveiro	Se ficou no chuveiro ou banheira para aliviar a dor	0 = Não/ 1 = Sim
		Massagem	Se recebeu massagens, ficou na bola ou no cavalinho	0 = Não/ 1 = Sim
		Analgesia	Se quando solicitado, recebeu remédio ou anestesia para alívio da dor	0 = Não/ 1 = Sim
		Procedimentos	Foi orientada sobre todos os procedimentos feitos	0 = Não/ 1 = Sim
		Amniotomia	Se romperam a bolsa (bolsa das águas - líquido amniótico)	0 = Não/ 1 = Sim
		Ocitocina	Se tomou soro com remédio para acelerar o parto	0 = Não/ 1 = Sim
		Kristeller	Se fizeram pressão, empurraram ou subiram na sua barriga para o bebê sair	0 = Não/ 1 = Sim
		Privacidade	Se teve privacidade no local do parto (biombos/cortinas/sala individual)	0 = Não/ 1 = Sim
		Posição	Se foi orientada que poderia ter o/a bebê em outras posições que não fosse só deitada	0 = Não/ 1 = Sim
		Parto sem profissional	Se teve o bebê sozinha, sem profissional de saúde no momento do nascimento	0 = Não / 1 = Sim
		Contato pele a pele	Se no momento em que o bebê nasceu, ele foi colocado imediatamente junto com a senhora (no colo ou peito para mamar)	0 = Não, porque nasceu roxo e mole e teve que ficar no oxigênio. 1= Não, primeiro fizeram os procedimentos. 2= Sim, antes de ser limpo. 3= Sim, ficou aprox. 10 minutos.
		Orientação às gestantes	Se recebeu orientações sobre amamentação e cuidados com o bebê, após o parto, no hospital/maternidade	0 = Não 1 = Sim e tive auxílio 2 = Sim, mas não fui auxiliada
		Satisfação do serviço	Grau de satisfação com o atendimento prestado ao seu bebê no serviço de saúde onde realizou o parto	0 = Muito satisfeita 1= Nada satisfeita 2= Pouco satisfeita 3 = Satisfeita
	Satisfação do SUS	No geral, qual o seu grau de satisfação com o atendimento do parto (no SUS)?	0 = Muito satisfeita 1= Nada satisfeita 2= Pouco satisfeita 3 = Satisfeita	
	Violência Obstétrica	Grito	Se durante a internação para o parto, gritaram com a senhora	0 = Não / 1 = Sim
		Parar de gritar	Se mandaram parar de gritar	0 = Não / 1 = Sim
		Deboche	Se debocharam do seu comportamento	0 = Não / 1 = Sim
		Sentimentos	Se criticaram seus sentimentos ou emoções	0 = Não / 1 = Sim
Amarrar		Se foi amarrada	0 = Não / 1 = Sim	
Excesso de toques		Se passou por toques vaginais (por profissionais diferentes ou por um único profissional)	0 = Não / 1 = Sim	
Toque brutal		Se recebeu toque vaginal com brutalidade	0 = Não / 1 = Sim	

**Quadro 2** – Descrição das variáveis independentes

(continuação)

Usuárias	Complicações no Parto	Empurrão	Se foi beliscada, empurrada ou recebeu tapas	0 = Não / 1 = Sim
		Atenção	Se não recebeu atenção quando solicitada, ou se sentiu abandonada	0 = Não / 1 = Sim
		Agressão	Se passou por outras agressões físicas	0 = Não/ 1 = Sim
		Demora	Se demorou a ser atendida	0 = Não / 1 = Sim
		Leito	Se não teve leito para internação	0 = Não / 1 = Sim
		Ambiente	Se o ambiente era sujo ou inadequado	0 = Não / 1 = Sim
		Complicação	Se teve alguma complicação após o parto	0 = Não / 1 = Sim
		Eclâmpsia	Se teve eclâmpsia (crise convulsiva em paciente com pré-eclâmpsia) (BRASIL, 2013)	0 = Não/ 1 = Sim
		Complicação	Se teve alguma complicação após o parto	0 = Não/ 1 = Sim
		Eclâmpsia	Se teve eclâmpsia (crise convulsiva em paciente com pré-eclâmpsia)	0 = Não/ 1 = Sim
		Infecção puerperal	Se houve infecção puerperal (na via de parto)	0 = Não/ 1 = Sim
		Hemorragia	Se houve perda excessiva de sangue	0 = Não/ 1 = Sim
		Mastite	Se teve mastite (inflamação da mama)	0 = Não/ 1 = Sim
		Lesão do parto	Se teve lesão no canal do parto	0 = Não/ 1 = Sim
		Pressão alterada	Se teve alteração na pressão arterial	0 = Não/ 1 = Sim
Depressão pós - parto	Se teve depressão pós-parto	0 = Não/ 1 = Sim		

\*Fonte: a autora, 2019.

### 3.6 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada através do Software International Business Machines Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS) *Statistics* versão trial e do software R (SOFTWARE, 2018).

Para expor os resultados obtidos, realizou-se uma análise descritiva onde as apresentações das variáveis do estudo mensuradas foram apresentadas utilizando tabelas ou gráficos com a inclusão de algumas medidas descritivas como intervalo de confiança e valor de p.

Para avaliar a associação da variável de estudo (orientação) com as variáveis explicativas, utilizou-se o modelo de regressão logística binomial e a associação com o intervalo de confiança 95% através das análises univariada e multivariada.

Durante a análise univariada, as variáveis foram testadas quanto a associação ao desfecho do estudo (orientação), onde foram observadas todas as variáveis que obtiveram um

valor de  $p < 0,25$  considero-as eletivas para a análise multivariada (HOSMER; LEMESHOW, 2000).

Também realizou-se uma análise multivariada por bloco, com uma abordagem da regressão logística binomial forward, mantendo-se no modelo todas as variáveis que obtiveram um valor de  $p < 0,05$ . Após esta etapa, foi feito uma análise multivariada para obter um modelo geral, onde todas as variáveis que apresentaram significância na análise por bloco foram acrescentadas ao modelo geral bloco a bloco, e utilizando o método backward as variáveis que não apresentaram associação com “ter/não ter orientação” foram retiradas do modelo estatístico até chegar ao modelo final.

Para avaliar as variáveis categóricas utilizou-se uma análise de qui-quadrado e quando necessário o teste exato de Fisher. Como também uma análise dos resíduos padronizados buscando identificar quais categorias que apresentaram maior influência e associação. Nas conclusões das análises, considerou-se o nível de significância de 5% como critério para rejeição da hipótese de nulidade.

#### **4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O projeto: “Redes Assistenciais Integradas e Sustentáveis: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS” (REG-SUS) foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-IAM/ Fiocruz) bem como pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), CNS, MS. Todas as diretrizes estabelecidas nas Resoluções nº 196/96 e a nº 304/00, do CNS (BRASIL, 1996 e 2000), foram observadas no delineamento desse estudo. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do IAM/Fiocruz e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/MS, Conep conforme, Caae: 50906915.0.0000.5190 (Anexo B).

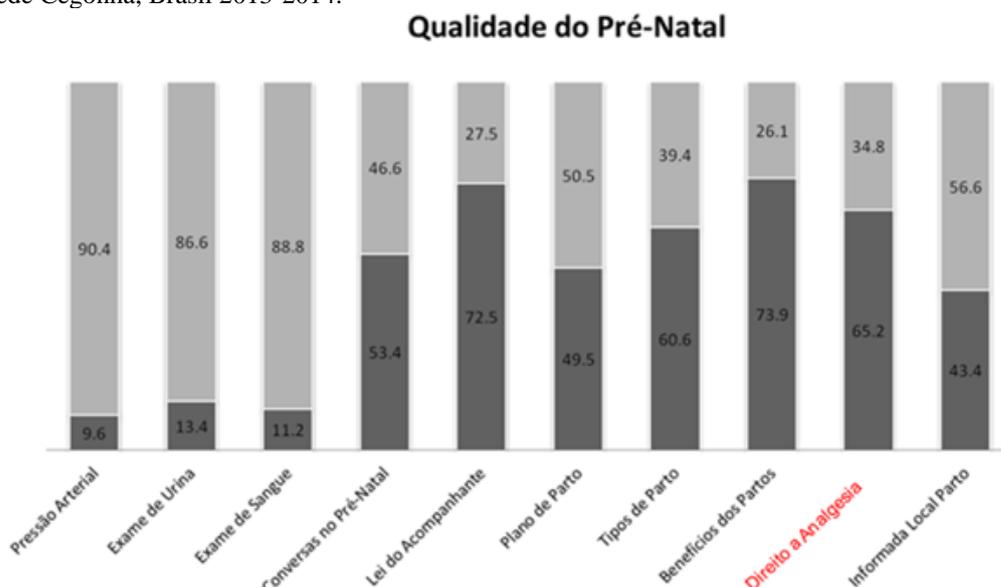
## 5 RESULTADOS

Os resultados foram divididos em duas seções: A primeira seção compreende: 1) Pré-natal: parte técnica e informativa; 2) Perfil sociodemográfico e orientação de pré-natal e 3) Ausência de Orientação para o parto e tipo de parto realizado. A segunda seção compreendeu a descrição e análise das prevalências de desfechos desfavoráveis no pré-natal, nascimento do bebê e puerpério; e, associação entre os blocos de modelo multivariado das variáveis socioeconômicas e demográficas, relacionadas ao pré-natal, parto com a ausência de orientações ocorridas no pré-natal e internações.

### 5.1 Pré-natal: parte técnica e informativa

Dentre as perguntas referentes ao pré-natal relativas à parte técnica, 90% tiveram sua pressão aferida; 86% fizeram exame de urina; e 88% coletaram exame de sangue. Com relação às orientações fornecidas às mulheres pelos profissionais de saúde, observou-se que: 46% tiveram conversas sobre o pré-natal; apenas 27% foram orientadas sobre a Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005 (BRASIL, 2005), conhecida como Lei do Acompanhante; 50% foram informadas sobre o plano de parto; 39% receberam esclarecimento sobre os tipos de parto; 26% sobre os benefícios dos diferentes tipos de partos; 34% sobre o direito à analgesia e 56% foram informadas antecipadamente sobre o local do parto (Gráfico 1).

**Gráfico 1** - Distribuição das principais características do pré-natal das mulheres que participaram da pesquisa Rede Cegonha, Brasil 2013-2014.



Fonte: Brasil, 2014.

## 5.2 Perfil sociodemográfico e orientação de pré-natal

Dentre as usuárias entrevistadas, aquelas que não receberam informação de pré-natal com maior frequência foram: mulheres que moravam na Região Norte (34%); aquelas pertencentes à faixa etária dos 20 aos 39 anos (32%), estado civil casada (32%), aquelas que não tinham renda (34%) ( $p=0,023$ ) e que não tinham plano de saúde (31%) ( $p=0,027$ ) (Tabela 1). A variável bolsa família ( $p=0,322$ ) não apresentou diferença significativa (Tabela 1).

**Tabela 1.** Distribuição das características sociodemográficas das usuárias entrevistadas pela Ouvidoria do SUS segundo informação de orientação no pré-natal. Brasil, 2013-2014.

Exposição/ Desfecho	Sim N (%)	Resíduos padronizados	Não N (%)	Resíduos padronizados	TOTAL N (%)	p
Região (n=41.795)						p<0,001
Centro-Oeste	2231(67,7%)	-0,7	1063 (32,3%)	0,7	3294 (100%)	
Norte	1794 (65,7%)	-3,0	936 (34,3%)	*3,0	2730 (100%)	
Nordeste	7483(67,8%)	-1,2	3550 (32,2%)	1,2	11033 (100%)	
Sul	4499 (71,9%)	*6,7	1755 (28,1%)	-6,7	6254 (100%)	
Sudeste	12534 (67,8%)	-1,9	5950 (32,2%)	1,9	18484 (100%)	
Idade (Anos) (n=41.776)						p<0,001
10 - 15	84 (84%)	*3,4	16 (16%)	-3,4	100 (100%)	
16 - 19	3130 (76,8%)	*12,4	943 (23,2%)	-12,4	4073 (100%)	
20 - 29	14710 (67,2%)	-4,9	7173 (32,8%)	*4,9	21883 (100%)	
30 - 39	9226 (67,1%)	-3,7	4530 (32,9%)	*3,7	13756 (100%)	
40 - 49	1372 (70%)	1,7	588 (30%)	-1,7	1960 (100%)	
>=50	3 (75%)	0,3	1 (25%)	-0,3	4 (100%)	
Estado Civil (n=41.769)						p<0,001
Casada	10540 (67,1%)	-4,2	5177 (32,9%)	*4,2	15717 (100%)	
Solteira	12608 (69,5%)	*4,6	5536 (30,5%)	-4,6	18144 (100%)	
Viúva	90 (63,4%)	-1,3	52 (36,6%)	1,3	142 (100%)	
Divorciada/ Separada	565 (65,7%)	-1,6	295 (34,3%)	1,6	860 (100%)	
União Estável	4720 (68,3%)	0,1	2186 (31,7%)	-0,1	6906 (100%)	
Renda familiar (41.060)						p=0,023
Não tem renda	1068 (66%)	-2,1	550 (34%)	*2,1	1618 (100%)	
Menos de 1 salários mínimos	7320 (69,1%)	1,9	3274 (30,9%)	-2,0	10594 (100%)	
Entre 1 e 2 salários mínimos	16570 (68%)	-1,8	7796 (32%)	1,8	24366 (100%)	
Mais de 2 até 5 salários mínimos	2890 (69%)	1,0	1296 (31%)	-1,0	4186 (100%)	
Mais de 5 até 10 salários mínimos	195 (73%)	1,7	72 (27%)	-1,7	267 (100%)	
Mais de 10 salários mínimos	17 (58,6%)	-1,1	12 (41,4%)	1,1	29 (100%)	
Recebe Bolsa Família (n=41.772)						p=0,322
Não	18679 (68,1%)	-1,0	8741 (31,9%)	1,0	27420 (100%)	
Sim	9845 (68,6%)	1,0	4507 (31,4%)	-1,0	14352 (100%)	
Possui plano de saúde (n=41.757)						p=0,027
Não	25732 (68,1%)	-2,2	12039 (31,9%)	*2,2	37771 (100%)	
Sim	2784 (69,8%)	*2,2	1202 (30,2%)	-2,2	3986 (100%)	

Fonte: a autora, 2019.

### 5.3 Ausência de orientação para o parto e o tipo de parto realizado

Foi observada associação positiva significativa com excesso em não receber orientação sobre o parto e o tipo de parto realizado com resíduo padronizado  $>1,96$  que identifica entre quais categorias foi observada associação significativa (Tabela 2) nas variáveis: ausência de orientação sobre a Lei do Acompanhante e cesárea (41%); ausência de orientação sobre plano de parto e cesárea (41%); ausência de orientação sobre tipos de parto, seus riscos e benefícios e parto vaginal à fórceps (3%); ausência de orientação sobre os benefícios das diferentes posições para ter o bebê no parto vaginal e cesárea agendada (29%); ausência de orientação sobre o direito à analgesia na hora do parto vaginal e parto vaginal (57%); ausência de necessidade de autorização dos procedimentos durante o trabalho de parto e parto vaginal (58%).

**Tabela 2.** Proporção de ausência de orientação de pré-natal segundo as mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha. Brasil 2013-2014.

Orientações sobre o parto/ Desfecho	Parto Vaginal N(%)	RP	Parto Vaginal à fórceps N(%)	RP	Parto por operação Cesariana agendada N(%)	RP	Cesárea após tentativa parto vaginal N(%)	RP	TOTAL N(%)	Valor de p
Lei do Acompanhante	14072 (55,7%)	- 5,0	720 (2,8%)	0,7	7409 (29,3%)	3,2	3070 (12,1%)	2,8	25271 (100%)	p<0,001
Plano de parto	16937 (56,1%)	- 3,8	833 (2,8%)	- 0,9	8787 (29,1%)	2,5	3644 (12,1%)	2,8	30201 (100%)	p<0,001
Tipos de parto seus riscos e benefícios	11704 (56,8%)	0,7	640 (3,1%)	3,7	5805 (28,2%)	- 2,5	2449 (11,9%)	0,6	20598 (100%)	p<0,001
Benefícios das diferentes posições para ter o bebê no parto vaginal	14012 (55,6%)	- 5,5	730 (2,9%)	1,4	7470 (29,6%)	4,9	3001 (11,9%)	0,8	25213 (100%)	p<0,001
Direito à analgesia na hora do parto vaginal	17800 (57,9%)	8,6	851 (2,8%)	- 0,7	8560 (27,8%)	- 6,9	3533 (11,5%)	- 3,2	30744 (100%)	p<0,001
Necessidade de autorização dos procedimentos durante o trabalho de parto	15781 (58,2%)	8,7	780 (2,9%)	1,3	7384 (27,2%)	- 9,4	3172 (11,7%)	- 0,9	27117 (100%)	p<0,001

Fonte: a autora, 2019.

Em se tratando das características demográficas e socioeconômicas, verificou-se na amostra estudada, que mais de 50% das usuárias tinham entre 20 a 29 anos de idade; considerando as mulheres que tinham parceiros seja por união estável ou casada, houve predominância (53%); e de cor/ raça parda. A maioria não recebia bolsa família (65%),

apenas 10% das mulheres declararam que possuem renda acima de dois salários mínimos, 90% não possui convênio ou plano de saúde e a região Sudeste, por ser mais populosa teve um n maior (40%) e as demais apresentaram um n proporcional (Tabela 3).

**Tabela 3** – Distribuição quanto às características demográficas e socioeconômicas da amostra composta pelas mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha. Brasil, 2013-2014.

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Faixa Etária</b>		
20 a 29	4107	52,43
14 a 19	803	10,25
30 a 39	2557	32,64
40 a 48	367	4,68
<b>Estado Civil</b>		
Casado	2889	36,89
Divorciado/Separado	152	1,94
Solteiro	3461	44,20
União estável	1303	16,64
Viúvo	26	0,33
<b>Raça/cor</b>		
Branca	2429	31,10
Não Branca	5381	68,90
<b>Renda familiar</b>		
Entre 1 e 2 salários mínimos	4582	59,46
Mais de 2 salários mínimos	807	10,47
Menos de 1 salários mínimos	1997	25,91
Não tem renda	320	4,15
<b>Bolsa Família</b>		
Sim	2706	34,54
Não	5129	65,46
<b>Possui convênio ou plano particular de saúde</b>		
Sim	736	9,40
Não	7092	90,60
<b>Região</b>		
Sul	1072	13,68
Centro Oeste	622	7,93
Nordeste	2235	28,51
Norte	715	9,12
Sudeste	3195	40,76

Fonte: a autora, 2019.

Considerando as características do pré-natal, observou-se que em quase sua totalidade as gestantes fizeram pré-natal, menos de 1% declararam que não fizeram pré-natal, ou seja, não participaram das consultas.

Quanto as expectativas de começar o pré-natal no SUS, 74% apresentavam expectativa positiva sobre a marcação de consultas, a qualidade e o atendimento dos profissionais; e quanto ao tipo de parto desejado, 76% disseram que desejavam parto vaginal.

Com relação à aferição da pressão arterial e realização de exames, observou-se que menos de 2% das mulheres não tiveram sua pressão arterial aferida em todas as consultas; 10% não fizeram exame de sangue até a 20ª semana de gestação; e 11% não fizeram exame de urina até a 20ª semana.

Referente ao tipo de parto, 66% foram estimuladas ao parto vaginal durante o pré-natal e apenas 56% foram informadas pelas equipes em qual hospital deveria ter o parto, destacando a importância da integração de redes (Tabela 4).

**Tabela 4** - Distribuição quanto às características do pré-natal da amostra composta pelas mulheres que participaram da pesquisa Rede Cegonha. Brasil, 2013-2014.

Variável	(continua)	
	N	%
<b>Fez pré-natal durante esta gravidez</b>		
Não	72	0,93
Sim, ambos (SUS e plano/privado)	465	5,99
Sim, particular ou plano de saúde	426	5,49
Sim, pelo SUS	6799	87,59
<b>Expectativa sobre a marcação de consultas, a qualidade e o atendimento dos profissionais antes de começar o pré-natal no SUS</b>		
Muito negativa	103	1,42
Muito positiva	602	8,33
Negativa	626	8,66
Nenhuma	546	7,55
Positiva	5354	74,04
<b>Tipo de parto desejado no pré-natal</b>		
Parto vaginal	5492	76,61
Cesariana	1650	23,02
Outro	27	0,38
<b>Nas consultas do pré-natal do SUS, foi verificado sua pressão arterial em todas as consultas?</b>		
Sim, todas as vezes	6505	89,80
Não	103	1,42
Sim, algumas vezes	636	8,78
<b>No pré-natal no SUS a senhora fez exame de urina até a 20ª semana (4º mês) de gestação?</b>		
Fez exame e não recebeu resultado	118	1,66
Fez exame e recebeu resultado	6124	86,38
Não fez exame	848	11,96

**Tabela 4** - Distribuição quanto às características do pré-natal da amostra composta pelas mulheres que participaram da pesquisa Rede Cegonha. Brasil, 2013-2014.

Variável	(conclusão)	
	N	%
<b>No pré-natal no SUS a senhora fez exame de sangue até a 20ª semana (4º mês) de gestação?</b>		
Fez exame e não recebeu resultado	6332	88,62
Fez exame e recebeu resultado	77	1,08
Não fez exame	736	10,30
<b>No pré-natal, a senhora foi estimulada a fazer qual tipo de parto?</b>		
Vaginal	5098	66,39
Cesárea	859	11,19
Nenhum	1722	22,42
<b>A senhora foi informada, pela equipe responsável pelo seu pré-natal, em qual hospital deveria ter seu bebê?</b>		
Sim	4065	56,03
Não	3190	43,97

Fonte: a autora, 2019.

Com relação às características relacionadas ao parto e nascimento do bebê, observou-se que 20% não foram assistidas no primeiro hospital que procurou; 11% tiveram seu bebê pré-termo, ou seja, até 36 semanas de gestação.

Considerando o acompanhante antes de ter o bebê, 29% não tiveram sua presença; 12% foram acompanhadas por uma mulher porque o serviço não permitia homens. Dentre aquelas que não tiveram acompanhante, 60% das mulheres relataram que o serviço não permitiu e 17% não sabiam que era permitida sua presença. Destacou-se ainda que 54% não tiveram acompanhante de sua escolha no momento do nascimento.

Revelou-se que 28% dos bebês nasceram de cesárea agendada. Dentre aquelas que tiveram parto vaginal, 95% estavam na posição deitada de barriga para cima (litotômica), e 51% tiveram corte vaginal (episiotomia) (Tabela 5).

**Tabela 5** - Distribuição quanto às características relacionadas ao parto e nascimento do bebê, da amostra composta pelas mulheres que participaram da pesquisa Rede Cegonha. Brasil, 2013-2014.

Variável	(continua)	
	N	%
<b>Teve bebê no primeiro hospital que procurou</b>		
Sim	6201	79,89
Não	1561	20,11
<b>Quantidade de semanas de gestação quando o bebê nasceu</b>		
37 a 41 semanas (9º mês)	2470	66,96
28 a 31 semanas (7º mês)	42	1,14
32 a 36 semanas (8º mês)	343	9,30

**Tabela 5** - Distribuição quanto às características relacionadas ao parto e nascimento do bebê, da amostra composta pelas mulheres que participaram da pesquisa Rede Cegonha. Brasil, 2013-2014. (conclusão)

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
42 semanas ou mais (mais de 9 meses)	806	21,85
Até 27 semanas (6º mês)	28	0,76
<b>Teve acompanhante de sua escolha antes de ter o bebê</b>		
Sim, tive acompanhante de minha escolha	4532	58,63
Não	2247	29,07
Sim, mas foi uma mulher porque o serviço não permitia homens	951	12,30
<b>Motivo de não ter acompanhante de sua escolha</b>		
Não quis acompanhante	63	2,83
Não deu tempo	147	6,6
Não sabia que podia ter acompanhante	397	17,83
Não tinha acompanhante	231	10,37
O serviço não permitiu acompanhante	1347	60,48
Outro motivo	42	1,89
<b>No momento/hora do nascimento do bebê a senhora teve acompanhante de sua escolha?</b>		
Sim, tive acompanhante de minha escolha	3160	40,87
Não	4202	54,35
Sim, mas foi uma mulher porque o serviço não permitia homens	370	4,79
<b>Como o bebê nasceu</b>		
Cesariana agendada ou sem tentativa de parto vaginal	2182	28,26
Cesariana após ter tentado parto vaginal	855	11,07
Parto Vaginal	4471	57,91
Parto Vaginal com fórceps	213	2,76
<b>Forma do parto</b>		
Deitada com a barriga pra cima	4463	95,2
Agachada (cócoras)	42	0,9
Apoiada de quatro	12	0,26
Deitada de lado	34	0,73
Outros	26	0,55
Sentada	111	2,37
<b>Foi realizado um corte vaginal? Foi realizado um corte/pique para facilitar a passagem do bebê</b>		
Não	2592	48,71
Sim, não teve anestesia	758	14,25
Sim, teve anestesia	1971	37,04

Fonte: a autora, 2019.

Com relação às características das boas práticas do parto humanizado, chama atenção que 83,98% das mulheres não puderam comer ou beber algo ao longo do trabalho de parto; no entanto, os relatos quanto aos atos que podem levar as gestantes a um estado menos estressante observou-se que 65% puderam caminhar e se movimentar livremente, 36% ficaram no chuveiro para alívio da dor e somente 21% receberam massagens ou ficaram no

cavalinho. Quando solicitado, 70% não receberam remédio ou analgesia para dor e 56% foram orientadas sobre todos os procedimentos feitos.

Observou-se ainda a realização de procedimentos que aceleram o trabalho de parto, como o rompimento da bolsa (bolsa das águas - líquido amniótico) em 47% dos casos, e, 58% das mulheres tomaram soro com remédio para acelerar o parto.

Práticas que vem sendo censuradas foram ainda, citadas pelas mulheres que, em 30% empurraram ou fizeram pressão ou subiram na barriga para o bebê sair e ainda, 84% não foram informadas que podia ter o bebê em outra posição que não fosse só a deitada.

Entretanto, observou-se que, 74% tiveram privacidade no parto (cortinas/ biombos, salas individualizadas); e em 4% não foi observado a presença do profissional no momento do nascimento da criança.

Destacando que no momento do parto e nascimento do bebê, em 52% dos casos fizeram primeiro os procedimentos (limpar, aquecer, aspirar, medir, coletar sangue e administrar vitamina K), para depois colocar o bebê no colo ou peito da mãe.

Referente à orientação e cuidados com o bebê, 75% foram auxiliadas no hospital ou maternidade, 87% ficaram satisfeitas ou muito satisfeitas com o atendimento prestado ao seu bebê no serviço de saúde onde realizou o parto e apenas 17% se sentiram nada satisfeitas ou pouco satisfeitas com o atendimento ao parto no SUS (Tabela 6).

**Tabela 6** - Distribuição quanto à observância das boas práticas do parto humanizado, da amostra composta pelas mulheres que participaram da pesquisa Rede Cegonha. Brasil, 2013-2014

<b>Variável</b>	(continua)	
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Pôde comer ou beber algo</b>		
Sim	890	16,02
Não	4664	83,98
<b>Pôde caminhar e movimentar livremente</b>		
Sim	3661	65,92
Não	1893	34,08
<b>Ficou no chuveiro ou banheira para aliviar a dor</b>		
Sim	2029	36,53
Não	3525	63,47
<b>Recebeu massagens, ficou na bola ou no cavalinho</b>		
Sim	1212	21,82
Não	4342	78,18

**Tabela 6** - Distribuição quanto à observância das boas práticas do parto humanizado, da amostra composta pelas mulheres que participaram da pesquisa Rede Cegonha. Brasil, 2013-2014

Variável	N	%
(continua)		
<b>Quando solicitado, recebeu remédio ou anestesia para alívio da dor</b>		
Sim	1659	29,87
Não	3895	70,13
<b>Foi orientada sobre todos os procedimentos feitos</b>		
Sim	3155	56,81
Não	2399	43,19
<b>Romperam a bolsa (bolsa das águas - líquido amniótico)</b>		
Sim	2656	47,82
Não	2898	52,18
<b>Tomou soro com remédio para acelerar o parto</b>		
Sim	3213	57,85
Não	2341	42,15
<b>Fizeram pressão, empurraram ou subiram na sua barriga para o bebê sair</b>		
Sim	1697	30,55
Não	3857	69,45
<b>Teve privacidade no local do parto (biombos/cortinas/sala individual)</b>		
Sim	4108	73,96
Não	1446	26,04
<b>Foi orientada que poderia ter bebê em outras posições que não fosse só deitada</b>		
Sim	870	15,66
Não	4684	84,34
<b>Teve o bebê sozinha, sem profissional de saúde presente no momento do parto</b>		
Não	5309	95,59
Sim	245	4,41
<b>No momento em que o bebê nasceu, ele foi colocado imediatamente junto com a senhora (no colo ou peito para mamar)</b>		
Sim, ficou aproximadamente 10 minutos e depois levaram	2025	26,53
Não, porque nasceu roxo e mole, e/ou teve que ficar no oxigênio (Teve outra complicação)	867	11,36
Não, primeiro fizeram os procedimentos	3990	52,27
Sim, antes de ser limpo até ir pro quarto	752	9,85
<b>Recebeu orientações sobre amamentação e cuidados com bebê, após o parto, no hospital/maternidade</b>		
Sim e tive auxílio	5814	75,29
Não	1263	16,36
Sim, mas não fui auxiliada	645	8,35

**Tabela 6** - Distribuição quanto à observância das boas práticas do parto humanizado, da amostra composta pelas mulheres que participaram da pesquisa Rede Cegonha. Brasil, 2013-2014

Variável	(conclusão)	
	N	%
<b>Grau de satisfação com o atendimento prestado ao seu bebê no serviço de saúde onde realizou o parto</b>		
Muito satisfeita	2916	37,72
Nada satisfeita	219	2,83
Pouco satisfeita	750	9,7
Satisfeita	3846	49,75
<b>No geral, qual o seu grau de satisfação com o atendimento do parto (no SUS)?</b>		
Muito satisfeita	2261	29,23
Nada satisfeita	323	4,18
Pouco satisfeita	1007	13,02
Satisfeita	4143	53,57

Fonte: a autora, 2019.

Com relação às características de violência obstétrica, durante a internação, 5% das pacientes foram chamadas por meio de gritos, 9% receberam ordem de parar de gritar; como também 9% foram debochadas pelo seu comportamento, 4% foram amarradas, 9% receberam toque vaginal com brutalidade e 15% não receberam atenção quando solicitada ou se sentiram abandonadas, 6% não tiveram leito para internação e 8% ficaram em ambiente sujo ou inadequado.

Em contrapartida, 91% não tiveram seus sentimentos e emoções criticadas, 72% não passaram por toques vaginais repetidos; aproximadamente 100% não sofreram agressão física; menos de 1% foram beliscadas, empurradas ou receberam tapas; e 19% demoraram a ser atendidas (Tabela 7).

**Tabela 7** – Distribuição quanto à ocorrência de violência obstétrica durante o parto, da amostra composta pelas mulheres que participaram da pesquisa Rede Cegonha. Brasil, 2013-2014.

Variável	(continua)	
	N	%
<b>Durante a internação para o parto, gritaram com a senhora</b>		
Não	7334	94,80
Sim	402	5,20
<b>Mandaram a senhora parar de gritar</b>		
Não	6991	90,37
Sim	745	9,63
<b>Debocharam do seu comportamento</b>		
Não	7039	90,99
Sim	697	9,01

**Tabela 7** – Distribuição quanto à ocorrência de violência obstétrica durante o parto, da amostra composta pelas mulheres que participaram da pesquisa Rede Cegonha. Brasil, 2013-2014.

Variável	(conclusão)	
	N	%
<b>Criticaram seus sentimentos ou emoções</b>		
Não	7059	91,25
Sim	677	8,75
<b>Foi amarrada</b>		
Não	7411	95,80
Sim	325	4,20
<b>Passou por toques vaginais um atrás do outro (por profissionais diferentes; por um único profissional)</b>		
Não	5626	72,72
Sim	2110	27,28
<b>Recebeu toque vaginal com brutalidade</b>		
Não	7007	90,58
Sim	729	9,42
<b>Foi beliscada, empurrada ou recebeu tapas</b>		
Não	7671	99,16
Sim	65	0,84
<b>Não recebeu atenção quando solicitada, ou se sentiu abandonada</b>		
Não	6565	84,86
Sim	1171	15,14
<b>Passou por outras agressões físicas</b>		
Não	7715	99,73
Sim	21	0,27
<b>Demorou a ser atendida</b>		
Não	6264	80,97
Sim	1472	19,03
<b>Não teve leito para internação</b>		
Não	7231	93,47
Sim	505	6,53
<b>Ambiente sujo ou inadequado</b>		
Não	7083	91,56
Sim	653	8,44

Fonte: a autora, 2019.

Para as características de complicações no parto, apenas 12% relataram que tiveram alguma complicação. Dentre elas, hemorragia e alteração na pressão (25%); infecção puerperal (12%); eclampsia e depressão pós-parto (10%); lesão no canal do parto (7%) e mastite foi relatado em 6% dos casos (Tabela 8).

**Tabela 8** - Distribuição segundo a ocorrência e tipo de complicações no parto ou puerpério, da amostra composta pelas mulheres que participaram da pesquisa Rede Cegonha. Brasil, 2013-2014.

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Teve alguma complicação após o parto</b>		
Não	6809	88,05
Sim	924	11,95
<b>Eclâmpsia</b>		
Não	874	90,01
Sim	97	9,99
<b>Infecção puerperal (na via de parto)</b>		
Não	858	88,36
Sim	113	11,64
<b>Hemorragia</b>		
Não	731	75,28
Sim	240	24,72
<b>Mastite (inflamação da mama)</b>		
Não	912	93,92
Sim	59	6,08
<b>Lesão no canal do parto</b>		
Não	903	93,00
Sim	68	7,00
<b>Alteração na pressão</b>		
Não	732	75,39
Sim	239	24,61
<b>Depressão pós-parto</b>		
Não	878	90,42
Sim	93	9,58

Fonte: a autora, 2019.

#### **5.4 Modelo de Regressão Logística Univariado**

Após análise utilizando uma abordagem regressão logística univariada que as variáveis demográficas e socioeconômicas: faixa etária, raça/cor e renda familiar apresentaram associação com a variável (não teve orientação), com significância estatística com  $p \leq 0,05$ , conforme apresentando (Tabela 9). Destacamos que, as mulheres com idade entre 14 e 19 anos apresentaram uma redução de 39% de chances de não ter recebido orientação durante o pré-natal ou que essas mesmas mulheres teriam 64% de chances (OR=1,64, IC=1,37 – 1,96) de “ter recebido” orientação durante o pré-natal quando comparadas com as mulheres que tinha idade de 20 a 29 anos.

As que recebiam menos de 1 (um) salário mínimo, apresentaram uma redução de 12% de chances de não ter tido orientação em relação as quem recebia entre um e dois salários mínimos podendo expressar que as mulheres que recebiam menos de 1 (um) salário mínimo

apresentaram (OR=0,88, IC=0,78 – 0,99) identificando assim, uma preocupação maior para este grupo vulnerável (Tabela 9).

**Tabela 9** – Análise da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis demográficas e socioeconômicas, Brasil, 2013-2014.

Variáveis - Sociodemográficas	Orientação				IC 95%		valor de p
	0 - Teve		1 - Não Teve		Inf	Sup	
	N	%	N	%			
<b>Faixa Etária</b>							
20 a 29	2711	51,84	1332	54,26			
14 a 19	603	11,53	181	7,37	0,51	0,73	<b>0,0000</b>
30 a 39	1683	32,18	820	33,40	0,89	1,10	0,8768
40 a 48	233	4,46	122	4,97	0,85	1,34	0,5855
<b>Estado Civil</b>							
Casado	1913	36,60	936	38,13			
Divorciado/Separado	94	1,80	55	2,24	0,85	1,68	0,3051
Solteiro	2333	44,63	1045	42,57	0,82	1,02	0,1055
União estável	871	16,66	410	16,70	0,84	1,11	0,5910
Viúvo	16	0,31	9	0,37	0,48	2,56	0,7390
<b>Raça/cor</b>							
Branca	1656	31,76	741	30,28			
Não Branca	3558	68,24	1706	69,72	0,97	1,19	0,1931
<b>Renda familiar</b>							
Entre 1 e 2 salários mínimos	3034	58,94	1463	60,66			
Mais de 2 salários mínimos	532	10,33	263	10,90	0,87	1,20	0,7609
Menos de 1 salários mínimos	1375	26,71	584	24,21	0,78	0,99	<b>0,0308</b>
Não tem renda	207	4,02	102	4,23	0,80	1,30	0,8626
<b>Recebe Bolsa Família</b>							
Sim	1856	35,48	815	33,20			
Não	3375	64,52	1640	66,80	1,00	1,22	<b>0,0500</b>
<b>Possui convênio ou plano particular de saúde</b>							
Sim	498	9,53	220	8,97			
Não	4728	90,47	2233	91,03	0,91	1,26	0,4314
<b>Região</b>							
Sul	749	14,31	310	12,62			
Centro Oeste	411	7,85	200	8,14	0,95	1,46	0,1393
Nordeste	1485	28,37	698	28,42	0,97	1,33	0,1192
Norte	467	8,92	230	9,36	0,97	1,46	0,0980
Sudeste	2122	40,54	1018	41,45	1,00	1,35	<b>0,0569</b>

Fonte: a autora, 2019.

Com relação às consultas de pré-natal observou-se que todas as respostas (muito negativa, muito positiva, negativa e nenhuma) apresentaram associação em não ter recebido orientação quando comparadas as quem tinha uma expectativa positiva.

Dentre aquelas que desejavam o tipo de parto cesariana no início do pré-natal, observou-se associação ( $p=0,0147$ ) em não ter recebido orientação, em relação às usuárias que optaram pelo parto vaginal.

Em relação à realização de procedimentos, aquelas que não tiveram sua pressão arterial aferida em todas as consultas, apresentaram associação ( $p=0,0004$ ) de não ter tido orientação, e as mulheres que relataram que tiveram a pressão aferida, algumas vezes, observou-se também associação ( $p=0,0000$ ) de não ter tido orientação. Ambas comparações se dão em relação as mulheres que tiveram sua pressão aferida todas as vezes.

Considerando a realização de exames de urina ou sangue até a 20ª semana (4º mês de gestação), observou-se associação ( $p=0,0032$ ) de não ter recebido orientação para as mulheres que não fizeram exame de urina em relação às que fizeram exame e receberam o resultado.

Com relação àquelas que fizeram exame de sangue até a 20ª semana (4º mês de gestação), observou-se associação ( $p=0,0000$ ) de não ter recebido orientação para as mulheres que não fizeram exame de sangue em relação às que fizeram e receberam resultado.

No pré-natal, as mulheres que não foram estimuladas a optar por qualquer tipo de parto; observou-se, associação ( $p=0,0000$ ) de não ter recebido orientação em relação às que foram estimuladas a ter um parto vaginal.

Para aquelas mulheres que não receberam informação da equipe responsável pelo seu pré-natal, em qual hospital deveria ter seu bebê; tiveram, associação ( $p=0,0000$ ) de não ter recebido orientação, em relação às que foram informadas sobre o local do parto (Tabela 10).

**Tabela 10** - Análise da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis de consulta de pré-natal. Brasil, 2013-2014.

(continua)

Variáveis - Consulta pré-natal	Orientação				IC 95%		valor de p
	0 - Teve		1 - Não Teve		Inf	Sup	
	N	%	N	%			
<b>Fez pré-natal durante esta gravidez</b>							
Sim, ambos (sus e plano/privado)	312	5,96	153	6,23			
Sim, particular ou plano de saúde	301	5,75	125	5,09	0,64	1,13	0,2521

**Tabela 10** - Análise da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis de consulta de pré-natal. Brasil, 2013-2014.

(continua)

Variáveis - Consulta pré-natal	Orientação				IC 95%		valor de p
	0 - Teve		1 - Não Teve		Inf	Sup	
	N	%	N	%			
Sim, pelo sus	4621	88,29	2178	88,68	0,79	1,18	0,6977
<b>Qual era sua expectativa sobre a marcação de consultas, a qualidade e o atendimento dos profissionais antes de começar o pré-natal no SUS?</b>							
Positiva	3745	76,32	1609	69,23			
Muito negativa	55	1,12	48	2,07	1,37	3,00	<b>0,0004</b>
Muito positiva	459	9,35	143	6,15	0,59	0,88	<b>0,0014</b>
Negativa	339	6,91	287	12,35	1,67	2,33	<b>0,0000</b>
Nenhuma	309	6,30	237	10,20	1,49	2,13	<b>0,0000</b>
<b>No início do pré-natal, qual era o tipo de parto desejado?</b>							
Parto vaginal	3777	77,46	1715	74,79			
Cesariana	1082	22,19	568	24,77	1,03	1,30	<b>0,0147</b>
Outro	17	0,35	10	0,44	0,57	2,79	0,5171
<b>Nas consultas do pré-natal do SUS, foi verificado sua pressão arterial em todas as consultas?</b>							
Sim, todas as vezes	4488	91,26	2017	86,72			
Não	54	1,10	49	2,11	1,36	2,98	<b>0,0004</b>
Sim, algumas vezes	376	7,65	260	11,18	1,30	1,82	<b>0,0000</b>
<b>No pré-natal no SUS a senhora fez exame de urina até a 20ª semana (4º mês) de gestação?</b>							
Fez exame e recebeu resultado	84	1,73	34	1,51			
Fez exame e não recebeu resultado	4277	88,33	1847	82,16	0,72	1,62	0,7522
Não fez exame	481	9,93	367	16,33	1,25	2,90	<b>0,0032</b>
<b>No pré-natal no SUS a senhora fez exame de sangue até a 20ª semana (4º mês) de gestação?</b>							
Fez exame e recebeu resultado	61,67	90,60	26,96	84,40			
Fez exame e não recebeu resultado	0,74	1,09	0,34	1,05	0,63	1,66	0,8867
Não fez exame	5,65	8,31	4,65	14,55	1,61	2,19	<b>0,0000</b>
<b>No pré-natal, a senhora foi estimulada a fazer qual tipo de parto?</b>							
Vaginal	3796	72,64	1302	53,08			
Cesárea	630	12,06	229	9,34	0,90	1,25	0,4874

**Tabela 10** - Análise da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis de consulta de pré-natal. Brasil, 2013-2014.  
(conclusão)

Variáveis - Consulta pré-natal	Orientação				IC 95%		valor de p
	0 - Teve		1 - Não Teve		Inf	Sup	
	N	%	N	%			
Nenhum	800	15,31	922	37,59	3,00	3,77	<b>0,0000</b>
<b>A senhora foi informada, pela equipe responsável pelo seu pré-natal, em qual hospital deveria ter seu bebê?</b>							
Sim	3093	62,74	972	41,81			
Não	1837	37,26	1353	58,19	2,12	2,59	<b>0,0000</b>

Fonte: a autora, 2019.

Após análise do modelo de regressão logística univariada relacionada às variáveis do momento do parto; observou-se que: para aquelas mulheres, cujo relato é que não tiveram o bebê no primeiro hospital que procurou, tiveram associação ( $p=0,0005$ ) de não ter recebido orientação durante o pré-natal, em relação às que tiveram o bebê no primeiro hospital que procurou.

Para as mulheres que tiveram os seus bebês prematuros com até a 27<sup>a</sup> semana de gestação, observou-se associação ( $p=0,0039$ ) de não ter recebido orientação durante o pré-natal em relação às que tiveram seu bebê no período preconizado pelo MS (entre a 37<sup>a</sup> e 41<sup>a</sup> semana).

Durante o internamento, antes de ter o seu bebê, as gestantes que não foram acolhidas por acompanhante de sua escolha, tiveram associação ( $p=0,0000$ ), e o fato de serem acolhidas por uma mulher porque o serviço não permitia homens também tiveram associação ( $p=0,0000$ ) de não ter tido orientação no período do pré-natal em relação as que tiveram acompanhante de sua escolha.

Para aquelas mulheres que não tiveram acompanhante de sua escolha, antes de ter o bebê porque não deu tempo; não sabia que podia ter acompanhante; não tinha acompanhante, ou, o serviço não permitiu, apresentaram respectivamente, associação ( $p=0,0141$ ); ( $p=0,0000$ ); ( $p=0,0082$ ) e ( $p=0,0000$ ) de não ter recebido orientação, em relação as que não quiseram ter acompanhante.

E para aquelas mulheres que responderam que não tiveram acompanhante de sua escolha no momento do nascimento do bebê, tiveram associação ( $p=0,0000$ ) de não ter recebido orientação, em relação às que tiveram acompanhante.

Considerando a posição do parto, aquelas que responderam que tiveram o parto vaginal agachada (cócoras), tiveram associação ( $p=0,0388$ ) de não ter recebido orientação, em relação as que tiveram na posição deitada com a barriga para cima.

As mulheres que afirmaram ter feito episiotomia (corte vaginal com anestesia), tiveram associação ( $p=0,0194$ ) de não ter recebido orientação em relação às que não realizaram este procedimento (Tabela 11).

**Tabela 11** - Análise da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis que descrevem o momento do parto. Brasil, 2013-2014.

Variáveis – Momento do parto	Orientação				IC 95%		valor de p
	0 - Teve		1 - Não Teve		Inf	Sup	
	N	%	N	%			
(continua)							
<b>Teve bebê no primeiro hospital que procurou</b>							
Sim	4241	81,03	1906	77,61			
Não	993	18,97	550	22,39	1,10	1,39	<b>0,0005</b>
<b>Quantidade de semanas de gestação quando o bebê nasceu</b>							
37 a 41 semanas (9º mês)	1687	67,70	760	65,63			
28 a 31 semanas (7º mês)	26	1,04	14	1,21	0,60	2,27	0,5938
32 a 36 semanas (8º mês)	235	9,43	103	8,89	0,76	1,24	0,8274
42 semanas ou mais (mais de 9 meses)	535	21,47	267	23,06	0,93	1,31	0,2379
Até 27 semanas (6º mês)	9	0,36	14	1,21	1,51	8,32	<b>0,0039</b>
<b>Na internação, antes de ter o bebê, a senhora teve acompanhante de sua escolha?</b>							
Sim, tive acompanhante de minha escolha	3342	64,07	1154	47,18			
Não	1237	23,72	987	40,35	2,08	2,57	<b>0,0000</b>
Sim, mas foi uma mulher porque o serviço não permitia homens	637	12,21	305	12,47	1,19	1,61	<b>0,0000</b>
<b>Por que não teve acompanhante de sua escolha? (Antes de ter o bebê)</b>							
Não quis acompanhante	52	4,25	11	1,12			
Não deu tempo	92	7,52	49	5,00	1,24	5,48	<b>0,0141</b>
Não sabia que podia ter acompanhante	184	15,03	210	21,43	2,83	11,18	<b>0,0000</b>

**Tabela 11** - Análise da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis que descrevem o momento do parto. Brasil, 2013-2014.

Variáveis – Momento do parto	Orientação				IC 95%		valor de p
	0 - Teve		1 - Não Teve		Inf	Sup	
	N	%	N	%			
Não tinha acompanhante	146	11,93	80	8,16	1,32	5,49	<b>0,0082</b>
O serviço não permitiu acompanhante	727	59,40	611	62,35	2,14	8,09	<b>0,0000</b>
Outro motivo	23	1,88	19	1,94	1,63	9,78	<b>0,0027</b>
(conclusão)							
<b>No momento/hora do nascimento do bebê a senhora teve acompanhante de sua escolha?</b>							
Sim, tive acompanhante de minha escolha	2334	44,72	795	32,50			
Não	2622	50,24	1544	63,12	1,56	1,92	<b>0,0000</b>
Sim, mas foi uma mulher porque o serviço não permitia homens	263	5,04	107	4,37	0,94	1,51	0,1446
<b>Como o seu bebê nasceu?</b>							
Cesariana agendada ou sem tentativa de parto vaginal	1481	28,42	693	28,37			
Parto Vaginal	578	11,09	273	11,17	0,85	1,20	0,9142
Cesariana após ter tentado parto vaginal	3006	57,69	1411	57,76	0,90	1,12	0,9556
Parto Vaginal com fórceps	146	2,80	66	2,70	0,71	1,30	0,8242
<b>Forma do parto</b>							
Deitada com a barriga pra cima	2998	94,99	1414	95,67			
Agachada (cócoras)	35	1,11	7	0,47	0,17	0,90	<b>0,0388</b>
Apoiada de quatro	11	0,35	1	0,07	0,01	0,99	0,1150
Deitada de lado	19	0,60	13	0,88	0,70	2,92	0,3033
Outros	17	0,54	8	0,54	0,41	2,25	0,9958
Sentada	76	2,41	35	2,37	0,64	1,45	0,9081
<b>Foi realizado um corte vaginal? Foi realizado um corte/pique para facilitar a passagem do bebê?</b>							
Não	1714	47,81	841	50,12			
Sim, não teve anestesia	495	13,81	257	15,32	0,89	1,26	0,5191
Sim, teve anestesia	1376	38,38	580	34,56	0,76	0,98	<b>0,0194</b>

Fonte: a Autora, 2019.

Com relação às variáveis das boas práticas do parto humanizado, observou-se na análise univariada significância estatística (valor de  $p < 0,001$ ) demonstrando uma associação das variáveis: “pôde comer ou beber algo” ( $p=0,0124$ ); “pôde caminhar e movimentar livremente” ( $p=0,0000$ ); “ficou no chuveiro ou banheira para aliviar a dor” ( $p=0,0000$ );

“recebeu massagens, ficou na bola ou no cavalinho” (p=0,0000); “quando solicitado, recebeu remédio ou anestesia para alívio da dor” (p=0,0000); “foi orientada sobre todos os procedimentos feitos” (p=0,0000); “teve privacidade no local do parto, com biombos/cortinas/sala individual” (p=0,0000); “foi orientada que poderia ter bebê em outras posições que não fosse só deitada” (p=0,0000); “teve o bebê sozinha, sem profissional de saúde presente no momento do nascimento” (p=0,0003). “No momento em que o bebê nasceu, ele foi colocado imediatamente junto com a senhora no colo ou peito para mamar (não, porque nasceu roxo e mole, e/ou teve que ficar no oxigênio”( p=0,0000); e, “não, primeiro fizeram os procedimentos” (p=0,0000). “A senhora recebeu orientações sobre amamentação e cuidados com bebê, após o parto, no hospital/maternidade”, não, (p=0,0000); e, sim, mas sem auxílio (p=0,0000); “no geral, qual o seu grau de satisfação com o atendimento prestado ao seu bebê no serviço de saúde onde realizou o parto”, nada satisfeita (p=0,0000); pouco satisfeita (p=0,0000); satisfeita (p=0,0000) e “no geral, qual o seu grau de satisfação com o atendimento do parto no SUS”, nada satisfeita (p=0,0000); pouco satisfeita (p=0,0000); satisfeita (p=0,0000), demonstrando cada uma das variáveis as chances a mais de não ter recebido orientação quando comparado com a referência de cada uma das variáveis acima (Tabela 12).

**Tabela 12** - Análise da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal e parto das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis das boas práticas do parto humanizado e a ocorrência dessas práticas no momento do parto. Brasil, 2013-2014.

(continua)

Variáveis – Boas práticas do parto	Orientação				IC 95%		valor de p
	0 - Teve		1 - Não Teve		Inf	Sup	
	N	%	N	%			
<b>Pôde comer ou beber algo</b>							
Sim	632	16,90	250	14,25			
Não	3107	83,10	1505	85,75	1,05	1,44	<b>0,0124</b>
<b>Pôde caminhar e movimentar livremente</b>							
Sim	2577	68,92	1053	60,00			
Não	1162	31,08	702	40,00	1,31	1,66	<b>0,0000</b>
<b>Ficou no chuveiro ou banheira para aliviar a dor</b>							
Sim	1456	38,94	564	32,14			
Não	2283	61,06	1191	67,86	1,20	1,52	<b>0,0000</b>

**Tabela 12** - Análise da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal e parto das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis das boas práticas do parto humanizado e a ocorrência dessas práticas no momento do parto. Brasil, 2013-2014.

(continua)

Variáveis – Boas práticas do parto	Orientação				IC 95%		valor de p
	0 - Teve		1 - Não Teve		Inf	Sup	
	N	%	N	%			
<b>Recebeu massagens, ficou na bola ou no cavalinho</b>							
Sim	909	24,31	299	17,04			
Não	2830	75,69	1456	82,96	1,35	1,81	<b>0,0000</b>
<b>Quando solicitado, recebeu remédio ou anestesia para alívio da dor</b>							
Sim	1269	33,94	375	21,37			
Não	2470	66,06	1380	78,63	1,66	2,16	<b>0,0000</b>
<b>Foi orientada sobre todos os procedimentos feitos</b>							
Sim	2520	67,40	600	34,19			
Não	1219	32,60	1155	65,81	3,53	4,49	<b>0,0000</b>
<b>Romperam a bolsa (bolsa das águas - líquido amniótico)</b>							
Sim	1809	48,38	819	46,67			
Não	1930	51,62	936	53,33	0,96	1,20	0,2354
<b>Tomou soro com remédio para acelerar o parto</b>							
Sim	2185	58,44	1007	57,38			
Não	1554	41,56	748	42,62	0,93	1,17	0,4582
<b>Fizeram pressão, empurraram ou subiram na sua barriga para o bebê sair</b>							
Sim	1143	30,57	537	30,60			
Não	2596	69,43	1218	69,40	0,88	1,13	0,9829
<b>Teve privacidade no local do parto (biombos/cortinas/sala individual)</b>							
Sim	2869	76,73	1198	68,26			
Não	870	23,27	557	31,74	1,35	1,74	<b>0,0000</b>
<b>Foi orientada que poderia ter bebê em outras posições que não fosse só deitada</b>							
Sim	750	20,06	111	6,32			
Não	2989	79,94	1644	93,68	3,03	4,60	<b>0,0000</b>

**Tabela 12** - Análise da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal e parto das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis das boas práticas do parto humanizado e a ocorrência dessas práticas no momento do parto. Brasil, 2013-2014.

Variáveis – Boas práticas do parto	Orientação				IC 95%		valor de p
	0 - Teve		1 - Não Teve		Inf	Sup	
	N	%	N	%			
(conclusão)							
<b>Teve o bebê sozinha, sem profissional de saúde presente no momento do parto</b>							
Não	3601	96,31	1652	94,13			
Sim	138	3,69	103	5,87	1,25	2,11	<b>0,0003</b>
<b>No momento em que o bebê nasceu, ele foi colocado imediatamente junto com a senhora (no colo ou peito para mamar)?</b>							
Sim, ficou aproximadamente 10 minutos e depois levaram	1497	28,98	505	21,03			
Não, porque nasceu roxo e mole, e/ou teve que ficar no oxigênio (Teve outra complicação)	547	10,59	312	12,99	1,42	2,01	<b>0,0000</b>
Não, primeiro fizeram os procedimentos	2585	50,04	1379	57,43	1,40	1,78	<b>0,0000</b>
Sim, antes de ser limpo até ir pro quarto	537	10,39	205	8,54	0,93	1,37	0,2018
<b>A senhora recebeu orientações sobre amamentação e cuidados com bebê, após o parto, no hospital/maternidade?</b>							
Sim e tive auxílio	4228	81,15	1535	62,81			
Não	569	10,92	686	28,07	2,93	3,77	<b>0,0000</b>
Sim, mas não fui auxiliada	413	7,93	223	9,12	1,25	1,77	<b>0,0000</b>
<b>No geral, qual o seu grau de satisfação com o atendimento prestado ao seu bebê no serviço de saúde onde realizou o parto?</b>							
Muito satisfeita	2142	41,04	751	30,72			
Nada satisfeita	99	1,90	116	4,74	2,53	4,43	<b>0,0000</b>
Pouco satisfeita	393	7,53	353	14,44	2,17	3,02	<b>0,0000</b>
Satisfeita	2585	49,53	1225	50,10	1,21	1,51	<b>0,0000</b>
<b>No geral, qual o seu grau de satisfação com o atendimento do parto (no SUS)?</b>							
Muito satisfeita	1716	32,87	524	21,42			
Nada satisfeita	143	2,74	179	7,32	3,22	5,22	<b>0,0000</b>
Pouco satisfeita	535	10,25	462	18,89	2,41	3,31	<b>0,0000</b>
Satisfeita	2826	54,14	1281	52,37	1,32	1,67	<b>0,0000</b>

Fonte: a Autora.

Após análise do modelo de regressão logística univariada relacionada às variáveis que descrevem a violência obstétrica, observou-se que, durante a internação para o parto, as mulheres que receberam gritos durante a assistência, e que receberam ordem de parar de gritar; tiveram, respectivamente, associação ( $p=0,0001$ ) e ( $p=0,0000$ ) de não ter recebido orientação em relação às que não receberam gritos e ordem de parar de gritar.

Para aquelas mulheres que relataram ter sido debochadas pelo seu comportamento, ou ter recebido críticas de seus sentimentos ou emoções, tiveram em ambas, associação ( $p=0,0000$ ) de não ter recebido orientação em relação às que não foram debochadas ou criticadas. Àquelas que receberam toque vaginal com brutalidade, tiveram associação ( $p=0,0013$ ) de não ter recebido orientação em relação às que não tiveram toque com brutalidade.

Ainda as que não receberam atenção quando solicitada, ou se sentiu abandonada, tiveram associação ( $p=0,0000$ ) de não ter recebido orientação em relação às que receberam atenção.

Considerando as mulheres que passaram por outras agressões físicas; tiveram, associação ( $p=0,0107$ ) de não ter recebido orientação em relação às que não sofreram algum tipo de agressão. Aquelas que demoraram a ser atendidas, tiveram associação ( $p=0,0000$ ) de não ter recebido orientação em relação às que foram atendidas mais rapidamente.

Com relação às que não possuíam leito para internação, tiveram associação ( $p=0,0089$ ) de não ter recebido orientação em relação às que tiveram leito. E, as mulheres que se acomodaram em um ambiente sujo ou inadequado, tiveram associação ( $p=0,0000$ ) de não ter recebido orientação em relação às que tiveram um ambiente adequado (Tabela 13).

**Tabela 13** - Análise da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis que descrevem a violência obstétrica. Brasil, 2013-2014.

Variáveis – Violência obstétrica	Orientação				IC 95%		valor de p
	0 - Teve		1 - Não Teve		Inf	Sup	
	N	%	N	%			
(continua)							
<b>Durante a internação para o parto, gritaram com a senhora</b>							
Não	4982	95,44	2285	93,34			
Sim	238	4,56	163	6,66	1,21	1,83	<b>0,0001</b>

**Tabela 13** - Análise da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis que descrevem a violência obstétrica. Brasil, 2013-2014.

Variáveis – Violência obstétrica	Orientação				IC 95%		valor de p
	0 - Teve		1 - Não Teve		Inf	Sup	
	N	%	N	%			
(continua)							
<b>Mandaram a senhora parar de gritar</b>							
Não	4780	91,57	2150	87,83			
Sim	440	8,43	298	12,17	1,29	1,76	<b>0,0000</b>
<b>Debocharam do seu comportamento</b>							
Não	4813	92,20	2161	88,28			
Sim	407	7,80	287	11,72	1,34	1,84	<b>0,0000</b>
<b>Criticaram seus sentimentos ou emoções</b>							
Não	4815	92,24	2179	89,01			
Sim	405	7,76	269	10,99	1,25	1,73	<b>0,0000</b>
<b>Foi amarrada</b>							
Não	5008	95,94	2337	95,47			
Sim	212	4,06	111	4,53	0,88	1,42	0,3366
<b>Passou por toques vaginais um atrás do outro (por profissionais diferentes; por um único profissional)</b>							
Não	3803	72,85	1769	72,26			
Sim	1417	27,15	679	27,74	0,92	1,15	0,5881
<b>Recebeu toque vaginal com brutalidade</b>							
Não	4767	91,32	2179	89,01			
Sim	453	8,68	269	10,99	1,11	1,52	<b>0,0013</b>
<b>Foi beliscada, empurrada ou recebeu tapas</b>							
Não	5171	99,06	2432	99,35			
Sim	49	0,94	16	0,65	0,38	1,20	0,2067
<b>Não recebeu atenção quando solicitada, ou se sentiu abandonada</b>							
Não	4578	87,70	1929	78,80			
Sim	642	12,30	519	21,20	1,69	2,18	<b>0,0000</b>
<b>Passou por outras agressões físicas</b>							
Não	5212	99,85	2436	99,51			
Sim	8	0,15	12	0,49	1,33	8,20	<b>0,0107</b>
<b>Demorou a ser atendida</b>							
Não	4369	83,70	1838	75,08			
Sim	851	16,30	610	24,92	1,51	1,92	<b>0,0000</b>

**Tabela 13** - Análise da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis que descrevem a violência obstétrica. Brasil, 2013-2014.

(conclusão)

Variáveis – Violência obstétrica	Orientação				IC 95%		valor de p
	0 - Teve		1 - Não Teve		Inf	Sup	
	N	%	N	%			
<b>Não teve leito para internação</b>							
Não	4908	94,02	2263	92,44			
Sim	312	5,98	185	7,56	1,06	1,55	<b>0,0089</b>
<b>Ambiente sujo ou inadequado</b>							
Não	4846	92,84	2180	89,05			
Sim	374	7,16	268	10,95	1,35	1,88	<b>0,0000</b>

Fonte: a Autora.

Após análise do modelo de regressão logística univariada relacionada às variáveis que descrevem as complicações do parto; observou-se que, para aquelas mulheres que responderam sim, e tal complicação foi devido à uma infecção puerperal (na via de parto), tiveram associação ( $p=0,0002$ ) e ( $p=0,0023$ ) de não ter recebido orientação, comparado com aquelas que responderam que não tiveram alguma complicação (Tabela 14).

**Tabela 14** - Análise da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis que descrevem as complicações no parto, Brasil, 2013-2014.

(continua)

Variáveis – Complicações no parto	Orientação				IC 95%		valor de p
	0 - Teve		1 - Não Teve		Inf	Sup	
	N	%	N	%			
<b>A Senhora teve alguma complicação após o parto?</b>							
Não	4643	88,96	2103	85,98			
Sim	576	11,04	343	14,02	1,14	1,52	<b>0,0002</b>
<b>Eclampsia</b>							
Não	526	89,91	312	89,66			
Sim	59	10,09	36	10,34	0,66	1,59	0,8992
<b>Infecção puerperal (na via de parto)</b>							
Não	529	90,43	291	83,62			
Sim	56	9,57	57	16,38	1,25	2,75	<b>0,0023</b>
<b>Hemorragia</b>							
Não	428	73,16	266	76,44			
Sim	157	26,84	82	23,56	0,62	1,14	0,2681

**Tabela 14** - Análise da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis que descrevem as complicações no parto, Brasil, 2013-2014.

Variáveis – Complicações no parto	Orientação		IC 95%		valor de p		
	0 - Teve		1 - Não Teve				
	N	%	N	%			
(conclusão)							
<b>Mastite (inflamação da mama)</b>							
Não	550	94,02	324	93,10			
Sim	35	5,98	24	6,90	0,67	1,98	0,5795
<b>Lesão no canal do parto</b>							
Não	544	92,99	321	92,24			
Sim	41	7,01	27	7,76	0,67	1,84	0,6701
<b>Alteração na pressão</b>							
Não	438	74,87	258	74,14			
Sim	147	25,13	90	25,86	0,77	1,41	0,8033
<b>Depressão pós-parto</b>							
Não	525	89,74	315	90,52			
Sim	60	10,26	33	9,48	0,58	1,42	0,7029

Fonte: a autora, 2019.

### 5.5 Modelo de regressão logística multivariada por bloco

Na análise dos modelos estatísticos multivariado por bloco que apresentaram significância estatística (valor de  $p < 0,05$ ), observou-se a influência exercida de cada variável presente no modelo ajustadas entre si e suas associações em cada bloco com o objeto do estudo “ter / não ter recebido orientação” durante o pré-natal, relatados abaixo.

No modelo multivariado relacionado às variáveis demográficas e socioeconômicas, observou-se que permaneceram associados ao objeto de estudo as variáveis relativas à faixa etária 14 a 19 anos ( $p=0,0000$ ), e não receber bolsa família ( $p=0,0108$ ). Percebeu-se uma preocupação maior com a gravidez na adolescência e com aquelas que não recebiam bolsa família, pertencentes ao grupo de maior vulnerabilidade (Tabela 15).

**Tabela 15** – Análise multivariada por bloco da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis demográficas e socioeconômicas. Brasil, 2013-2014.

Características demográficas e socioeconômicas	Multivariada por Bloco			
	OR	IC 95%		valor de p
		Inf	Sup	
<b>Faixa Etária</b> (20 a 29)				
14 a 19	0,60	0,50	0,72	<b>0,0000</b>
30 a 39	0,99	0,89	1,10	0,8609
40 a 48	1,06	0,84	1,33	0,6224
<b>Raça/cor</b> (Branca)				
Não Branca	1,10	0,99	1,22	0,0730
<b>Recebe Bolsa Família</b> (Sim)				
Não	1,14	1,03	1,27	<b>0,0108</b>

Fonte: a autora, 2019.

Considerando as variáveis relacionadas ao pré-natal, observou-se que permaneceram significativas no modelo multinomial as variáveis expectativa muito negativa ( $p=0,0168$ ), expectativa negativa ( $p=0,0000$ ), nenhuma expectativa ( $p=0,0000$ ); não aferir a pressão arterial ( $p=0,0076$ ), aferir algumas vezes ( $p=0,0044$ ), não fez exame de sangue ( $p=0,0000$ ); não foi estimulada a nenhum tipo de parto ( $p=0,0000$ ); não foi orientada em qual hospital teria o bebê ( $p=0,0000$ ). Para essas mulheres que já tinham uma expectativa negativa do pré-natal; tiveram acesso à uma assistência incompleta e frágil, caracterizada pela pressão que não foi aferida em todas as consultas, ou não ter feito exame de sangue até a 20ª semana, não ter sido estimulada para alguma opção de parto e não ter uma referência de rede integrada para assistência ao parto, seja maternidade ou centro de parto normal (CPN) (Tabela 16).

**Tabela 16** – Análise multivariada por bloco da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis de consulta pré-natal, Brasil, 2013-2014.

Características do pré-natal	(continua)			
	Multivariada por Bloco			valor de p
	IC 95%			
	Inf	Sup		
<b>Qual era sua expectativa sobre a marcação de consultas, a qualidade e o atendimento dos profissionais antes de começar o pré-natal no SUS?</b> (Positiva)				
Muito negativa	1,09	2,58		<b>0,0168</b>
Muito positiva	0,68	1,03		0,0935
Negativa	1,45	2,09		<b>0,0000</b>
Nenhuma	1,42	2,08		<b>0,0000</b>

**Tabela 16** – Análise multivariada por bloco da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis de consulta pré-natal, Brasil, 2013-2014.

Características do pré-natal	(conclusão)		
	<b>Multivariada por Bloco</b>		
	IC 95%		valor de p
Inf	Sup		
<b>Nas consultas do pré-natal do SUS, foi verificado sua pressão arterial em todas as consultas?</b> (Sim, todas as vezes)			
Não	1,16	2,68	<b>0,0076</b>
Sim, algumas vezes	1,08	1,56	<b>0,0044</b>
<b>No pré-natal no SUS a senhora fez exame de sangue até a 20ª semana (4º mês) de gestação?</b> (Fez exame e não recebeu resultado)			
Fez exame e recebeu resultado	0,47	1,34	0,4187
Não fez exame	1,30	1,81	<b>0,0000</b>
<b>No pré-natal, a senhora foi estimulada a fazer qual tipo de parto?</b> (Vaginal)			
Cesárea	0,94	1,34	0,2040
Nenhum	2,72	3,47	<b>0,0000</b>
<b>A senhora foi informada, pela equipe responsável pelo seu pré-natal, em qual hospital deveria ter seu bebê?</b> (Sim)			
Não	1,83	2,26	<b>0,0000</b>

Fonte: a autora, 2019.

Verificando as variáveis que descrevem o momento do parto, foram estatisticamente significantes e se mantiveram associadas ao objeto do estudo as seguintes variáveis: “não teve o bebê no primeiro hospital que procurou” ( $p=0,0178$ ); “ter o bebê prematuro, abaixo de 27 semanas” ( $p=0,0088$ ); “não ter acompanhante de sua escolha na internação, antes de ter o bebê” ( $p=0,0011$ ); “não ter acompanhante de sua escolha no momento, hora do nascimento” ( $p=0,0000$ ). Os resultados mostraram a ocorrência de peregrinação em: “não teve o bebê no primeiro hospital que procurou”. No entanto, não podemos afirmar se este acesso não foi garantido de imediato por uma questão normativa referente à dilatação do colo uterino ou por não estar na fase ativa do trabalho de parto, instituída como pré-requisito nas maternidades, ou, por simplesmente por não possuir vaga ou equipe completa no plantão. Outro achado importante refere-se ao direito à equidade que foi violado para as gestantes de prematuros que necessitam de mais informação e apoio para vivenciar o pré-natal e parto. Bem como o direito ao acompanhante que não foi garantido para àquelas que não tiveram informação (Tabela 17).

**Tabela 17** – Análise multivariada por bloco da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis que descrevem o momento do parto. Brasil, 2013-2014.

Variáveis – Pré-natal	Multivariada por Bloco		
	IC 95%		valor de p
	Inf	Sup	
<b>Teve bebê no primeiro hospital que procurou (Sim)</b>			
Não	1,04	1,46	<b>0,0178</b>
<b>Quantidade de semanas de gestação quando o bebê nasceu</b> (37 a 41 semanas (9º mês))			
28 a 31 semanas (7º mês)	0,59	2,25	0,6390
32 a 36 semanas (8º mês)	0,70	1,15	0,4058
42 semanas ou mais (mais de 9 meses)	0,86	1,22	0,7725
Até 27 semanas (6º mês)	1,35	7,65	<b>0,0088</b>
<b>Na internação, antes de ter o bebê, a senhora teve acompanhante de sua escolha? (Sim, tive acompanhante de minha escolha)</b>			
Não	1,12	1,56	<b>0,0011</b>
Sim, mas foi uma mulher porque o serviço não permitia homens	0,60	1,30	0,5506
<b>No momento/hora do nascimento do bebê a senhora teve acompanhante de sua escolha? (Sim, tive acompanhante de minha escolha)</b>			
Não	1,67	2,39	<b>0,0000</b>
Sim, mas foi uma mulher porque o serviço não permitia homens	0,89	1,49	0,2648

Fonte: a autora, 2019.

Em se tratando das boas práticas do parto normal humanizado, observou-se que foram significativas e se mantiveram associadas ao objeto do estudo as seguintes variáveis: “não poder comer ou beber algo” ( $p=0,0528$ ), “não recebeu remédio ou anestesia para alívio da dor” ( $p=0,0001$ ), “não foi orientada sobre todos os procedimentos feitos” ( $p=0,0000$ ), “não foi orientada que poderia ter bebê em outras posições que não fosse só deitada” ( $p=0,0000$ ) e “teve o bebê sozinha, sem profissional de saúde presente no momento do parto” ( $p=0,0493$ ). Tais achados, revelam o quanto as boas práticas do parto estão sendo infringidas, e, uma solidão institucional quando ainda acontece parto sem a presença do profissional e as mulheres têm suas bebês sozinhas (Tabela 18).

**Tabela 18** – Análise multivariada por bloco da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis de boas práticas do parto humanizado. Brasil, 2013-2014.

Variáveis – Boas práticas do parto	Multivariada por Bloco		
	IC 95%		valor de p
	Inf	Sup	
<b>Pôde caminhar e movimentar livremente</b> (Sim)			
Não	1,00	1,29	<b>0,0528</b>
<b>Quando solicitado, recebeu remédio ou anestesia para alívio da dor</b> (Sim)			
Não	1,16	1,54	<b>0,0001</b>
<b>Foi orientada sobre todos os procedimentos feitos</b> (Sim)			
Não	2,82	3,64	<b>0,0000</b>
<b>Teve privacidade no local do parto (biombos/cortinas/sala individual)</b> (Sim)			
Não	0,97	1,28	0,1183
<b>Foi orientada que poderia ter bebê em outras posições que não fosse só deitada</b> (Sim)			
Não	2,01	3,10	<b>0,0000</b>
<b>Teve o bebê sozinha, sem profissional de saúde presente no momento do parto</b> (Não)			
Sim	1,00	1,76	<b>0,0493</b>

Fonte: a autora, 2019.

Com relação às variáveis que descrevem a violência obstétrica (que estão se correlacionando), foram estatisticamente significantes e se mantiveram associadas ao objeto do estudo as seguintes variáveis: “gritaram com a senhora durante a internação para o parto” (p=0,0242); “debocharam do seu comportamento” (p=0,0198); “foi beliscada, empurrada ou recebeu tapas” (p=0,0150), “passou por outras agressões físicas” (p=0,0209) e “demorou a ser atendida” (p=0,0000). A mulher que deveria ser a protagonista do parto e ter os profissionais ao seu dispor apenas para auxiliar e facilitar este momento, não são respeitadas quanto à autonomia dos seus corpos e sentimentos conforme descrito acima (Tabela 19).

**Tabela 19** – Análise multivariada por bloco da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis que descrevem a violência obstétrica. Brasil, 2013-2014.

(continua)

Variáveis – Violência obstétrica	Multivariada por Bloco		
	IC 95%		valor de p
	Inf	Sup	
<b>Durante a internação para o parto, gritaram com a senhora</b> (Não)			
Sim	1,03	1,46	<b>0,0242</b>

**Tabela 19** – Análise multivariada por bloco da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis que descrevem a violência obstétrica. Brasil, 2013-2014.

Variáveis – Violência obstétrica	(conclusão)		
	Multivariada por Bloco		
	IC 95%		valor de p
Inf	Sup		
<b>Debocharam do seu comportamento</b> (Não)			
Sim	1,03	1,49	<b>0,0198</b>
<b>Foi beliscada, empurrada ou recebeu tapas</b> (Não)			
Sim	0,26	0,85	<b>0,0150</b>
<b>Passou por outras agressões físicas</b> (Não)			
Sim	1,20	8,01	<b>0,0209</b>
<b>Demorou a ser atendida</b> (Não)			
Sim	1,43	1,82	<b>0,0000</b>

Fonte: a autora, 2019.

Observou-se que, foi estatisticamente significativo, para aquelas mulheres que tiveram alguma complicação após o parto ( $p=0,0002$ ).

**Tabela 20** – Análise multivariada por bloco da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com a variável complicação no parto, Brasil. 2013-2014.

Variáveis – Complicação no parto	Multivariada por Bloco		
	IC 95%		valor de p
	Inf	Sup	
<b>A Senhora teve alguma complicação após o parto?</b> (Não)			
Sim	1,14	1,52	<b>0,0002</b>

Fonte: a Autora.

## 5.6 Modelo de regressão logística multivariado geral

Verificando o modelo final, foram estatisticamente significantes e se mantiveram associadas ao objeto do estudo as seguintes variáveis: “faixa etária 14 a 19 anos” ( $p= 0,0005$ ); “não recebia bolsa família” ( $p=0,0324$ ); “expectativa negativa” ( $p=0,0006$ ) ou “nenhuma expectativa sobre a marcação de consultas no pré-natal” ( $p=0,0004$ ); “não foi aferida sua pressão arterial em todas as consultas” ( $p= 0,0015$ ); “foi aferida sua pressão arterial algumas vezes” ( $p=0,0118$ ); “estímulo à nenhum tipo de parto” ( $p=0,0000$ ), “não foi informada em

qual hospital teria o bebê” ( $p=0,0000$ ), “não teve acompanhante no setor de internação antes de ter o bebê” ( $p=0,0000$ ), “não recebeu remédio ou anestesia para alívio da dor quando solicitado” ( $p=0,0019$ ), “não foi orientada sobre todos os procedimentos feitos” ( $p= 0,0000$ ), “foi orientada que poderia ter bebê em outras posições que não fosse só deitada” ( $p=0,0000$ ), “demorou a ser atendida” ( $p=0,0515$ ). Esse modelo final tenta explicar a não orientação, e, essas variáveis estão se relacionando uma com a outra (Tabela 21).

**Tabela 21** – Modelo final multivariado da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis “faixa etária”, “bolsa família”, “expectativa do pré-natal”, “pressão arterial”, “estímulo ao parto”, “hospital de referência”, “acompanhante no parto”, “anestesia”, “informação sobre procedimentos feitos”, “posição do parto” e “demora no atendimento”. Brasil, 2013-2014.

(continua)

Multivariada - Modelo Final	IC 95%		valor de p
	Inf	Sup	
<b>Características demográficas e socioeconômicas</b>			
<b>Faixa Etária</b> (20 - 29 anos)			
14 a 19	0,53	0,84	<b>0,0005</b>
30 a 39	0,93	1,25	0,3259
40 a 48	0,83	1,70	0,3334
<b>Recebe Bolsa Família</b> (Sim)			
Não	1,01	1,34	<b>0,0324</b>
<b>Características do pré-natal</b>			
<b>Qual era sua expectativa sobre a marcação de consultas, a qualidade e o atendimento dos profissionais antes de começar o pré-natal no SUS?</b> (Positiva)			
Muito negativa	0,92	2,85	0,0924
Muito positiva	0,77	1,28	0,9758
Negativa	1,18	1,86	<b>0,0006</b>
Nenhuma	1,21	1,93	<b>0,0004</b>
<b>Nas consultas do pré-natal do SUS, foi verificado sua pressão arterial em todas as consultas?</b> (Sim, todas as vezes)			
Não	1,36	3,72	<b>0,0015</b>
Sim, algumas vezes	1,06	1,65	<b>0,0118</b>
<b>No pré-natal, a senhora foi estimulada a fazer qual tipo de parto?</b> (Vaginal)			
Cesárea	0,51	1,13	0,1875
Nenhum	2,48	3,35	<b>0,0000</b>
<b>A senhora foi informada, pela equipe responsável pelo seu pré-natal, em qual hospital deveria ter seu bebê?</b> (Sim)			
Não	1,64	2,14	<b>0,0000</b>

**Tabela 21** – Modelo final multivariado da associação relacionada à orientação realizada no pré-natal das mulheres que participaram do estudo Rede Cegonha com as variáveis “faixa etária”, “bolsa família”, “expectativa do pré-natal”, “pressão arterial”, “estímulo ao parto”, “hospital de referência”, “acompanhante no parto”, “anestesia”, “informação sobre procedimentos feitos”, “posição do parto” e “demora no atendimento”. Brasil, 2013-2014.

(conclusão)

Multivariada - Modelo Final	IC 95%		valor de p
	Inf	Sup	
<b>Características relacionadas ao parto e nascimento do bebê</b>			
<b>Na internação, antes de ter o bebê, a senhora teve acompanhante de sua escolha? (Sim)</b>			
Não	1,31	1,75	<b>0,0000</b>
Sim, mas foi uma mulher porque o serviço não permitia homens	0,89	1,35	0,3735
<b>Características das boas práticas do parto humanizado</b>			
<b>Quando solicitado, recebeu remédio ou anestesia para alívio da dor. (Sim)</b>			
Não	1,10	1,49	<b>0,0019</b>
<b>Foi orientada sobre todos os procedimentos feitos. (Sim)</b>			
Não	2,28	3,02	<b>0,0000</b>
<b>Foi orientada que poderia ter bebê em outras posições que não fosse só deitada. (Sim)</b>			
Não	1,73	2,76	<b>0,0000</b>
<b>Características de violência obstétrica</b>			
<b>Demorou a ser atendida. (Não)</b>			
Sim	1,00	1,38	<b>0,0515</b>

Fonte: a Autora.

## 6 DISCUSSÃO

Baseados nos achados da amostra do presente estudo, as mulheres de 20 a 29 anos; que não recebiam bolsa família; que tinham uma expectativa negativa do pré-natal; que não fizeram exame de sangue e que não foram estimuladas a nenhum tipo de parto; que não foram informadas em qual hospital deveria ter o seu bebê e que não tiveram o bebê no primeiro hospital que procurou; que tiveram bebês prematuros; aquelas que não tiveram acompanhante de sua escolha e durante o parto não comeram ou beberam; não receberam remédio ou anestesia quando solicitado e não foram orientados sobre os procedimentos feitos; não foram orientadas em ter o bebê em outra posição que não fosse a deitada; passaram por situações de violência obstétrica, seja recebendo gritos, deboche ou passando por situações de demora no atendimento e complicação após o parto, potencializam a probabilidade de não ter recebido orientação.

No estudo observou-se haver ainda assistência ao pré-natal incompleta a partir da percepção da parturiente do SUS no período analisado. Os resultados deste estudo corroboram com a prática intervencionista e de assistência ao parto no Brasil, apontando fragilidade nas recomendações técnicas e parâmetros assistenciais da RC, em relação ao componente pré-natal e parto; e, trazendo informações de que ainda existem gestantes que vão para sala de parto sem fazer exames básicos, com pouca orientação e submetidas a procedimentos desnecessários para o parto.

Apresentaram associação com o fato de não receberem nenhuma informação/orientação no pré-natal com a população estudada no Brasil, levando em consideração dados sociodemográficos: as mulheres que estavam na faixa etária de 20 a 39 anos; as que possuíam o estado civil casada; aquelas que não possuíam renda; as que não tinham plano de saúde; e, as mulheres da Região Norte do país (Tabela 1). A caracterização das mulheres deste estudo em relação à idade e estado conjugal foi semelhante à encontrada em outros estudos brasileiros realizados em instituições públicas (COUTINHO *et al.*, 2010, DOMINGUES, *et al.*, 2012; VIELLAS *et al.*, 2014). A pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher do MS (BRASIL, 2009), no capítulo sobre assistência à gestação, ao parto e ao puerpério também apontou desigualdades sociais no perfil das mulheres do Norte e Nordeste nos estratos com renda mais baixa. Em outro estudo realizado por (COIMBRA *et al.*, 2003), foi observado que, inadequada condução da assistência ao pré-natal no município de São Luís/ MA está intimamente relacionada com a característica

socioeconômicas baixa renda familiar, corroborando com o observado neste inquérito populacional.

Existem vazios assistenciais na cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), desigualdades e/ou dificuldades no acesso às consultas e/ou aos exames solicitados, além de questões sociodemográficas que cercam as circunstâncias de vida dessas usuárias do SUS ao longo do pré-natal. Um estudo feito em 2012, no Rio Grande do Sul, evidenciou que a assistência pré-natal, proporcionada pela ESF, apresenta indicadores com melhor cobertura no SUS, inclusive com valores superiores ao setor privado (CESAR, 2012). Entretanto, o presente estudo demonstra que variáveis relacionadas aos parâmetros de qualidade recomendados para o componente pré-natal e parto não apresentam padrões aceitáveis, quando relacionadas a essa cobertura, a partir da percepção das gestantes do SUS.

Na revisão sistemática realizada por Andreucci e Cecatti (2011) observou-se baixa cobertura do PHPN exemplificados a seguir: (em Caxias do Sul (RS), 44,3% das mulheres realizaram todos os exames preconizados; em Baturité (CE) 58,2% das mulheres tiveram início do pré-natal no 1º trimestre; em Fortaleza (CE) 15,67% das gestantes cumpriram todas as metas do programa que vão desde o início precoce do pré-natal (até o 4º mês de gestação), mínimo de 06 consultas de acompanhamento pré-natal, realização de diversos exames laboratoriais, atividades educativas, vacina e classificação de risco. Silva *et al.* (2013) reforça que a situação piora quanto ao acesso a exames laboratoriais específicos e no presente estudo, observou-se acesso à exames laboratoriais (Gráfico 1).

No presente estudo, 99% das mulheres fizeram o pré-natal durante esta gravidez, exames de rotina foram disponibilizados; no entanto, a orientação apresentou-se fragilizada para questões sobre educação/ orientação às gestantes referentes à: lei do acompanhante, plano de parto, benefícios do parto, direito à analgesia e informação sobre o local do parto (Gráfico 1). Segundo Guimaraes (2015) e Rosse e Lima (2005), a humanização do cuidado pré-natal é prejudicada quando o processo de trabalho é focado na produtividade e em protocolos assistenciais, com consultas rápidas e superficiais, que valorizam mais as aferições e medidas do que o compartilhamento de conhecimentos e experiências.

Gaiva, Palmeira e Mufato (2017) relata em sua pesquisa realizada em Cuiabá/MT, que as consultas de pré-natal foram rápidas, com procedimentos mecânicos e impessoais, que impedem-nas de falar sobre suas dúvidas e obter as informações que julgam necessárias. As gestantes entrevistadas no referido estudo colocaram o esclarecimento de dúvidas e a presença do diálogo, ao longo do cuidado obstétrico, como um fator fundamental para melhorar a qualidade do pré-natal.

Corroborando com os nossos achados, na pesquisa de inquérito populacional “*Nascer no Brasil*”, realizada entre 2011 e 2012, identificou que apesar da assistência ao pré-natal ser universal em todo o país, sua adequação aos parâmetros normativos ainda é baixa, na visão das mulheres, principalmente em relação à possibilidade de maior interação entre a mulher e o (a) profissional de saúde na hora da consulta; e, porque, das 75,8% de mulheres que iniciaram o pré-natal até a 12ª semana, como preconiza o Programa RC, quando se inclui a realização de exames de rotina e orientações sobre parto e aleitamento, verificou-se que menos de 10% das gestantes receberam os procedimentos recomendados (VIELLAS *et al.*, 2014).

Com relação à orientação, um percentual elevado de gestantes não foi informada em relação a questões fundamentais que envolvem o ciclo gravídico-puerperal, principalmente sobre orientações básicas a respeito de direitos das parturientes em relação ao parto e nascimento que repercutem no puerpério, tais como, Lei do Acompanhante (59,24%), Plano de Parto (70,79%), Tipos de parto seus riscos e benefícios (48,28%), Benefícios das diferentes posições para ter o bebê no parto vaginal (59,1%), Direito à analgesia na hora do parto vaginal (72,07%), Necessidade de autorização dos procedimentos durante o trabalho de parto (63,56%) (Tabela 2). Essa insuficiência de informações qualificadas tem reconhecido impacto negativo sobre a saúde materna e infantil (GUIMARAES; JONAS; AMARAL, 2018).

Em um estudo realizado na cidade de São Paulo, problemas como: excesso de atividades administrativas e burocráticas dos profissionais contribuem para a diminuição do tempo do contato direto e comunicação verbal utilizado para orientação das usuárias. Esse elemento organizacional, é citado como um grande impeditivo para assistência pré-natal de qualidade (NARCHI, 2010). Corroborando com este achado, identificou-se no presente estudo, brechas na relação profissional – paciente principalmente no aspecto educação, orientação das gestantes.

Ainda em relação aos aspectos informativos, neste estudo identificou que não ter informação/orientação sobre a Lei do Acompanhante e plano de parto de forma precoce no pré-natal está associado a maior frequência de cesarianas (Tabela 2). Zorzam e Cavalcanti (2016), alerta que isto, são indícios, de que as parturientes chegam ao fim da gestação sem a adequada informação sobre o momento do parto, o que pode ser considerado como um grave problema da governança clínica dos cuidados à gestante na medida em que a ausência de informações de qualidade prejudica a autodeterminação e autonomia das mulheres.

No presente estudo, observou-se que 29,08% das mulheres tiveram seu direito fragilizado por não ter a presença do acompanhante de livre escolha; 12,40% tiveram acompanhante, mas foi uma mulher porque o serviço não permitia homens (tabela 5). Sobre este último item, não podemos assegurar se esta negação é decorrente da falta de estrutura que proporcione privacidade para a gestante e seu acompanhante, e isto implica sinais de uma assistência desumanizada.

Corroborando com estes achados, no estudo sobre implementação da lei do acompanhante no Brasil, Diniz *et al.* (2014), 25% das mulheres não tiveram acompanhante de sua escolha; e 35,4% tiveram uma mulher, porque o serviço não aceitava homens. A lei 11.108 de abril de 2005, institui que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito à presença de acompanhante de livre escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto vaginal ou cesárea.

De acordo com o ensaio clínico realizado por Hodnett *et al.* (2011), das 15.061 mulheres que tiveram suporte contínuo do acompanhante, apresentaram maior probabilidade de ter um parto vaginal espontâneo com Risco Relativo (RR=1,08), e menor probabilidade de analgesia intraparto (RR=0,90), ou relatar insatisfação (RR=0,69), os partos foram menos propensos à cesarianas (RR=0,79), ou parto vaginal instrumental (RR=0,90),

Ainda no estudo de Diniz (2014), a maioria das mulheres (91,2%), relataram que ter um acompanhante é “útil” ou “muito útil”, e apenas (2,7%) achavam que “não era útil” e deixavam as mulheres mais nervosas. E dentre as que não tiveram acompanhante, a principal causa foi proibição do hospital e apenas (1,4%) não queria ter acompanhante. Evidenciou-se, ainda, que o efeito protetor da presença do acompanhante pode ser inibidor de eventuais excessos e abusos, além de estimular melhor atendimento pela equipe (D’ORSI *et al.*, 2014). A ausência de acompanhante no pré-natal vem sendo associada à inadequação de cuidados da assistência obstétrica com repercussões sobre a mulher e o neonato.

Achado semelhante também foi observado em estudo de Soveral (2018), sobre percepção de puerperas a respeito do parto em maternidade pública do Recife, que, identificou a dificuldade em garantir a presença do acompanhante em todos os momentos cujas decisões parecem estar condicionadas ao posicionamento dos profissionais que estão no plantão e que a maternidade não tem uma política institucionalizada.

Dessa forma, considerando as dificuldades encontradas pelas mulheres, sobretudo quanto ao acesso à informação, relacionadas aos seus direitos, observou-se que tais circunstâncias influenciem a opção e condução do parto, por conta da possibilidade ou não da presença do acompanhante. O fato de ficarem sozinhas é por si uma violação do direito e pode

estar relacionado com o aumento de sentimentos negativos, como medo, sensação de abandono e solidão, com impacto sobre a evolução do parto e dificuldades no puerpério como fatores que afetam a percepção sobre nascer no Brasil.

Ainda observa-se uma prática com vazios nos atributos propostos pelo MS nos itens relativos à maternidade, tais como, oferta de ações educativas, e ambiência das maternidades; além da continuidade da episiotomia de rotina, manobra de Kristeller, amniotomia precoce e indução do trabalho de parto com ocitocina (CARVALHO, 2019).

Na pesquisa de Leal *et al.* (2014) de base hospitalar sobre as boas práticas de atenção ao parto no Brasil, a posição litotômica foi uma regra alcançando 90% das parturientes de risco habitual. No presente estudo, observou-se resultado semelhante ao encontrado na pesquisa de Leal, onde, 95% das mulheres ficaram na posição litotômica (Tabela 5). Divergindo deste resultado, um estudo realizado numa maternidade pública do Recife, em que a 39% das pacientes tiveram o parto vaginal e foram beneficiadas ao adotar posições mais confortáveis que otimizam o trabalho de parto e nascimento (ANDRADE *et al.*, 2016). Segundo Sauer e Serra (2016), a posição litotômica é desconfortável para muitas gestantes e pode dificultar a oxigenação do neonato.

No presente estudo, observou-se ainda o rompimento da bolsa em 48% das mulheres (Tabela 6); concordando com o estudo de Leal, que ocorreu em 40% a ruptura das membranas. O MS preconiza que a amniotomia esteja relacionada com uma possível redução da duração do trabalho de parto que varia de 60 a 120 minutos, no entanto, ela oferece riscos indesejáveis, tais como o incremento de desacelerações precoces do BCF e alterações plásticas sobre o pólo cefálico (bossa serossanguínea), além de risco aumentado para infecção quanto maior for a duração do trabalho de parto com membranas rotas (BRASIL, 2017).

Observou-se que 58% das mulheres fizeram uso da ocitocina (Tabela 6); no estudo de Leal, a infusão de ocitocina foi uma técnica muito utilizada para acelerar o trabalho de parto, ocorrendo em 40% das mulheres. Porém, o Instituto para a Segurança da Prática Médica (2007 apud LOPEZOSA-HIDALGO, 2016), alertou que a ocitocina é um medicamento que exige grande cautela e atenção especial na sua administração, pois apresenta alto risco de danos quanto ao uso incorreto. Tais riscos referem-se a doses elevadas na maioria de casos, podendo causar excessiva atividade uterina, posteriormente, riscos de hipoxemia e acidemia fetal, e, comprometimento da frequência cardíaca fetal, devendo haver monitoramento adequado e uso com mínima frequência possível.

O estudo Rede Parto do Princípio (2012), traz que a episiotomia é uma cirurgia realizada na vulva, feita sem o consentimento informado do paciente no Brasil, e considerada,

uma mutilação genital, classificada como uma violência de gênero cometida pelas instituições e profissionais. Desta forma, é preocupante os dados encontrados no presente estudo, quando metade (50%) das mulheres entrevistadas tiveram corte vaginal. Para Amorim e Katz (2008), a mulher deve ser tratada como uma questão de desrespeito aos direitos humanos, por ser uma lesão genital, agravo sexual ou ferimento sexual iatrogênico no parto. Existem fortes indícios que não existe qualquer situação em que o procedimento traga benefícios às mulheres e aos Recém Nascidos (RN) (Tabela 6).

No que concerne às boas práticas do parto humanizado, observou-se no presente estudo que (84,10%) das mulheres não puderam comer ou beber algo, o que estaria indo em encontro ao parto humanizado, uma vez que, Singata; Tranmer; Gyte (2010) também identificou que não existem evidências que apoiem essa restrição de líquidos e alimentos no trabalho de parto, para as mulheres classificadas como risco habitual.

Observou-se ainda que (34,18%) não puderam caminhar e se movimentar livremente. A Organização Mundial de Saúde (1996) e Brasil (2011) orienta a liberdade de movimentação durante o trabalho de parto (TP), uso de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, e estes, fazem parte do *hall* das práticas classificadas como categoria A, consideradas úteis e que devem ser estimuladas.

Considerando um método não invasivo para alívio da dor, no presente estudo, (63,63%) (Tabela 6) não puderam ficar no chuveiro ou banheira para aliviar a dor; Rattner (2005) em sua obra “Humanizando nascimentos e partos” aponta que, o banho de água morna, é uma intervenção que vem sendo muito utilizada na assistência ao parto, por ser uma estratégia não invasiva de estimulação cutânea através do calor, que produz efeito local e sistêmico, como um tratamento complementar e alternativo na prática obstétrica associada ao alívio da dor e ansiedade durante o trabalho de parto, com redução dos níveis hormonais neuroendócrinos relacionados ao estresse, melhora no padrão das contrações uterinas e, correção da distócia uterina.

No estudo de Leal (2014) sobre intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual, destaca que os métodos não invasivos para diminuição da dor parecem ser seguros para a mãe e o bebê.

Silva (2015) reforça que o partograma, a oferta de líquidos via oral durante o trabalho de parto, os métodos não invasivos para alívio da dor, a liberdade de posição e movimentação da mulher no trabalho de parto, o contato pele a pele entre mãe e filho e a amamentação na primeira hora de vida devem ser encorajadas e são corroboradas em estudos anteriormente realizados.

Dentre as mulheres entrevistadas, (70,04%) não receberam remédio ou anestesia para alívio da dor quando solicitado, (43,2%) não receberam orientação sobre todos os procedimentos feitos (Tabela 6). Resultado semelhante foi observado por Diniz (2009) ao afirmar que no setor público as mulheres não tem direito de escolha, as decisões competem aos profissionais e que em tese, eles deteriam os critérios clínicos do que é seguro e apropriado. E no setor privado, através do poder aquisitivo e escolaridade das mulheres, elas pagam para ter essa autonomia.

Para Sodre (2010), o profissional de saúde tem obrigação legal e ética de oferecer informações claras e completas sobre o cuidado, oportunizando o paciente a participar das decisões baseada nas informações recebidas. Promovendo assim, a autonomia da mulher no parto, começando pelas informações baseada em evidências e não tendenciosas, para que elas possam tomar decisões compartilhadas e fundamentadas (SODRE; MERIGHI; BONADIO, 2012).

Com o advento da internet, as mulheres se aproximam cada vez mais do conhecimento científico que vem sendo divulgado (DINIZ, 2014), se apropriam da informação, antes monopolizada principalmente pelo profissional de saúde, relativizam a autoridade do profissional, relatam sua insatisfação, reinterpretam sua experiência, denunciam a violência a que sentem submetidas e reivindicam seu direito de escolha e recusa informada (SALGADO; NYL; DINIZ, 2013).

Floyd (2001) indica a possibilidade de mudar os determinantes hegemônicos estruturados na assistência ao parto hospitalar, a partir da educação das gestantes, fazendo assim a inversão simbólica de valores e de papéis, proporcionando um nascimento respeitoso que irá se estabelecer como um direito humano fundamental.

Referente à presença de um profissional de saúde no momento do parto, (95,62%) (Tabela 6) das mulheres tiveram assistência de um profissional, no entanto, a presença da equipe de profissionais não garante confiança e tranquilidade necessárias à boa condução do parto, por não possuir vínculo anterior com a gestante. Souza e Gualda (2016) enfatiza que os direitos das gestantes e parturientes são fundamentais para uma boa qualidade do parto, nascimento e puerpério.

Diferentemente, dos demais resultados até aqui discutidos na presente pesquisa, observou-se que uma grande parte das mulheres (75,38%), receberam orientações e foram auxiliadas sobre amamentação e cuidados com o bebê após o parto (Tabela 6). Corroborando com o estudo de Ferreira, Gomes e Fracolli (2018) realizado em um município de São Paulo, a maioria das mães foram orientadas em relação ao aleitamento materno.

Porém, no presente estudo e em outros realizados no Brasil, observou-se que persiste a desigualdade e a qualidade limitada da assistência pela escassa atenção às evidências sobre segurança e conforto dos procedimentos e pela permanência de uma cultura discriminatória e punitiva dirigida às mulheres (DINIZ, 2009).

No estudo de Gaiva, Palmeira e Mufato (2017), mulheres indicaram que o pré-natal não foi capaz de tirar suas dúvidas e fornecer informações para e sobre o parto, suas possibilidades e consequências, bem como o preparo para o parto foi insatisfatório. Alguns partos prematuros foram compreendidos por elas como consequência de um pré-natal mal realizado. Fato que pode está relacionado ao nosso estudo, onde foi encontrado um percentual (12%) que podemos considerar elevado, pois estão sendo relatados os partos de bebês prematuros relacionados as mulheres que não tiveram nenhuma orientação (Tabela 11). O estudo “Prematuridade e suas possíveis causas”, publicado em 2013, revelou que a prevalência de partos de crianças prematuras é de 11,7% em relação a todos os partos realizados no País. Esse percentual coloca o Brasil no mesmo patamar de países de baixa renda, onde a prevalência é de 11,8% (NAÇÕES UNIDAS, 2013).

Informações sobre o parto possibilitam a construção da segurança e podem evitar que as mulheres tenham entendimentos distorcidos sobre o processo do nascer. No estudo de Apolinário (2016) sobre as práticas de atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas discute que é no momento da consulta que a comunicação entre profissionais e gestantes precisa ser priorizada de acordo com normas técnicas e parâmetros para avaliação do pré-natal.

Outro dado alarmante na presente pesquisa é a continuidade da violência obstétrica observada em situações, tais como: modo de tratamento por gritos, deboche do comportamento, críticas sobre seus sentimentos e emoções, receber toque com brutalidade, não receber atenção quando solicitado e conseqüentemente se sentir abandonada (Tabela 7). Aguiar e Oliveira (2011) no estudo sobre “Violência institucional em maternidades públicas na ótica das usuárias” discute essa posição de sujeito obediente a outro hierarquicamente superior, a qual as mulheres são coagidas a ocupar, ou seja, de mãe colaboradora e dócil, é um achado recorrente nos estudos sobre assistência em maternidades.

Dentre as mulheres entrevistadas, (9,47%) (Tabela 7) receberam ordem de parar de gritar; é possível interpretar que este número é bem superior, se observarmos conversas entre os profissionais de saúde não empáticas julgando o comportamento dessas mulheres. Aguiar (2010) aborda que o estereótipo da mulher escandalosa é fortemente reprimido, e o apelo ao papel materno geralmente se dá em um contexto em que se busca a conformação da paciente à

sua dor, não apenas como algo natural do processo de se tornar mãe, mas também o preço a ser pago pelo exercício de sua sexualidade.

A violência obstétrica ainda tem implicações sobre a morbimortalidade materna de diversas formas: através de uma cultura disseminada nos serviços de que a mulher que chora ou grita recebe pior assistência, sobretudo aquelas consideradas descompensadas ou malcomportadas, ou ainda, aquelas que expressam qualquer desagrado com a assistência, ou insistem em ser atendidas com urgência. A demora a responder a estas demandas é associada a riscos aumentados de morbimortalidade materna (FOX; SHEEHAN; HOMER, 2014).

Segundo Maia (2008), a violência no parto vaginal funciona como forma de constrangimento ou coerção à cesárea. Quando as opções disponíveis às mulheres se resumem a esta cirurgia ou a um parto vaginal manejado com agressividade, e com a negativa de qualquer forma de anestesia (DINIZ; OLIVEIRA; LANSKY, 2012). Os movimentos sociais alertam: “chega de parto violento para vender cesárea” (FIOCRUZ, 2015), e, estudos nacionais encontraram associação da cesariana com o “near miss”, quase perda, em Domingues *et al.* (2016) e o óbito materno (ESTEVES - PEREIRA *et al.* 2016).

Outros estudos nacionais também encontraram com frequência atitudes discriminatórias e desumanas na assistência ao parto, inclusive no SUS (LANSKY; FRANCA; LEAL, 2002).

Ao considerar as complicações no parto, 12% das mulheres apresentaram algum tipo, destacando a hemorragia (26,13%) e alteração na pressão (26,02%), eclampsia (10,65%) e (10,22%) depressão (Tabela 8). Esses dados corroboram com os indicadores de morbimortalidade materna no Brasil. Almeida e Szwarcwald (2012) alerta que o parto constitui como fator de risco para a mortalidade infantil, aliado à desigualdade de oferta de serviços qualificados e à falta de integração com a atenção primária à saúde. No estudo de Monteiro (2017) a hipertensão arterial crônica (HAC) foi a doença mais prevalente (68,2%) dentre a maternidade de alto risco no Hospital das Clínicas (HC) do Paraná, dentre essas, (35,2%) evoluíram para pré-eclâmpsia. Tais patologias se caracterizam como a complicação gestacional mais frequente e também como a causa de morbimortalidade materna direta no mundo (VEST; CHO, 2012; WALKER, 2000). No estudo de Kliemann, Boing e Crepaldi (2017), foram definidos fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: aspectos cognitivos, rede social de apoio ineficaz, enfrentamento da violência, intercorrências físicas, maternas e/ou fetais, eventos estressores na gestação; fatores socioeconômicos (desemprego ou vulnerabilidade econômica), idade materna (extremos).

Considerando o aspecto educação, estudo realizado em maternidades do setor público no Rio de Janeiro, as informantes se queixavam da falta de informação referente ao entendimento do diagnóstico que levou à necessidade da cesariana (GAMA *et al.*, 2009).

Alguns aspectos relacionados a essa situação corroboram com os dados obtidos nesta pesquisa, tais como: falta de conhecimento sobre o processo do parto, observado na ausência do contato pele a pele após o nascimento em (52,13%), principais procedimentos indicados e sua razão (amniotomia, uso de ocitocina) (Tabela 6); cesarianas e outros procedimentos obstétricos utilizados (Tabela 2). Se essas informações estivessem disponíveis para as gestantes no decorrer do pré-natal, poderiam contribuir para uma melhor avaliação da experiência de parto. Nesse estudo, menos de 40% das mulheres tiveram informações teóricas e práticas sobre os tipos de partos em relação ao seu caso (Gráfico 1).

No que concerne à cesária, observou-se no presente estudo, que (23,05%) das mulheres desejavam o parto cesariana, (11,13%) foram estimuladas à esta opção de parto (Tabela 4), e, dentre aquelas que desejavam o parto cesariana no início do pré-natal em relação ao parto vaginal, tiveram 17% a mais de chance de não ter recebido orientação (OR=1,17) (Tabela 10). O Brasil pretende reduzir o número de cesáreas desnecessárias, que chegam a 55% no setor público e 84,6% no setor privado não conveniado. Nesse sentido, informações sobre opções de parto e nascimento, calcadas na relação adequada da equipe do pré-natal com as gestantes é um aspecto que merece atenção das autoridades sanitárias e gestores públicos no SUS. Sobretudo se for levada em consideração a realização de esforços no tocante à orientação dos profissionais de saúde na avaliação da necessidade real dos nascimentos por via cirúrgica. Em documento ministerial, Brasil (2016) alerta que quando não indicados adequadamente, esses nascimentos elevam os custos, quanto aos riscos de saúde da mãe e do recém-nascido, de forma desnecessária.

Essa iniciativa pretende desmistificar, tanto o entendimento comum de que a cesariana é a via mais segura de nascimento, como também o imaginário de que o parto vaginal é sempre um sofrimento. A recomendação da OMS e reforçada por meio do MS é de que a atenção obstétrica precisa, sempre, estar baseada em evidências de boas práticas em saúde (BRASIL, 2011; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996). É no momento do pré-natal que as informações precisam ser repassadas às gestantes: os aspectos clínicos da evolução da gestação, os direitos das parturientes, possibilidades, benefícios e riscos dos diferentes tipos de parto e vias de nascimento.

No entanto, no editorial da revista médica de ginecologia e obstetrícia, informa que, mesmo que desnecessária ou que contenha maior risco para a mãe ou para o neonato, uma

cesariana eletiva tem muito menor risco para o obstetra (MARTINS-COSTA; RAMOS, 2005).

## **6.1 Regressão logística multivariada por bloco**

Foi realizada regressão logística multivariada para os blocos: demográfico e socioeconômicas, consulta de pré-natal, momento do parto, boas práticas do parto humanizado, violência obstétrica, complicação no parto e governança.

### **6.1.1 Demográfico e socioeconômicas**

As variáveis “demográficas e socioeconômicas”: “faixa etária 20 a 29 anos” (OR=1,69; IC=1,41-2,00), “raça/ cor amarela” e “não receber bolsa família”, estão aumentando as chances dessas mulheres não terem recebido orientação. Essas três características juntas potencializam a probabilidade de a mulher não ter recebido orientação (Tabela 15). No estudo de Gonçalves (2017) realizado no sul do país, a porcentagem de puérperas adultas jovens foi de (53,9%) e mais da metade das mulheres (52%) não receberam qualquer orientação para o parto durante o acompanhamento pré-natal e contrastando com os nossos achados, no estudo de Gonçalves, não foi encontrada diferença estatística significativa entre o recebimento de orientação para o parto durante o pré-natal e as características socioeconômicas, demográficas e obstétricas.

### **6.1.2 Consulta no pré-natal**

Em relação à “consulta de pré-natal”, as variáveis que estariam exercendo uma maior influência à não orientação são: “expectativa negativa”, “muito negativa ou nenhuma expectativa sobre a marcação de consultas”. Concordando com Moimaz *et al.*, (2010); Espiridião; Vieira-da-Silva (2016), as explicações para esse paradoxo podem ser atribuídas à ausência de informação, à expectativa baixa em relação ao serviço e a possíveis vieses, como o da cortesia ou gratidão, que dificultam uma visão crítica sobre o atendimento. “Não aferir a pressão arterial em todas as consultas”; “não fez exame de sangue até a 20ª semana”; “não foi estimulada a nenhum tipo de parto” e “não foi orientada em qual hospital deveria ter o bebê” (Tabela 16). Observou-se também a corroboração com o estudo de Santana; Lahm; Santos (2015), que abordou os fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto numa

cidade do Oeste do Paraná, 80% relataram que o melhor tipo de parto era o normal, sendo esta percepção influenciada por fatores relacionados a experiências anteriores, compreensão acerca da recuperação pós-parto e orientação médica. E o déficit de conhecimento bem como a falta de informações consistentes apresentam-se como fatores determinantes perante o processo de tomada de decisão sobre a escolha do tipo de parto. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Gonçalves (2017), que, apenas (18,7%) das puérperas foram incentivadas ao parto vaginal, e, proporção significativa das mulheres (37,7%) das mulheres não foram orientadas para a maternidade de referência.

### ***6.1.3 Momento do parto***

Considerando as variáveis “momento do parto”, “não teve o bebê no primeiro hospital que procurou”, “até 27 semanas de gestação quando o bebê nasceu”, “não teve acompanhante de sua escolha na internação” e “não teve acompanhante na hora do nascimento estão aumentando as chances dessas mulheres não terem recebido orientação”. Essas quatro características juntas potencializam a probabilidade da mulher não ter recebido orientação (Tabela 17). Tais achados corroboram com Campos, Almeida e Santos (2014), onde 63,3% das gestantes relataram sequer ter recebido alguma orientação de qualquer profissional na maternidade e dentre aquelas que foram orientadas, percebeu-se que eram informações vagas e imprecisas, denotando o baixo conhecimento dessas gestantes, demonstrando insegurança sobre o conteúdo abordado e não entendiam com clareza o que tal informação queria dizer.

### ***6.1.4 Boas práticas do parto humanizado***

A prevalência observada nas variáveis relacionadas as “boas práticas do parto humanizado”: “não pode comer ou beber algo”; “não recebeu remédio ou anestesia quando solicitado”; “não foi orientada sobre os procedimentos feitos”; “não foi orientada que poderia ter o bebê em outras posições que não fosse só deitada” e “teve a bebê sozinha, sem o profissional presente no momento do nascimento”. Essas cinco características juntas potencializam a probabilidade de a mulher não ter recebido orientação (Tabela 18). No estudo de Longo; Andraus; Barbosa (2010), o suporte contínuo, deambulação, exercícios respiratórios, massoterapia, bola suíça, banho de imersão e de chuveiro, técnicas de relaxamento, dentre outros, promovem benefícios tanto para a instituição quanto para a

parturiente. Um dos grandes desafios da saúde atual, é ainda a preparação de profissionais dentro do modelo intervencionista (RATTNER, 2009). De acordo com Dias e Domingues (2005), um grande desafio para uma equipe multiprofissional que prestam assistência à parturiente é o de minimizar a dor e o sofrimento, tornando a vivência do trabalho de parto uma experiência de crescimento e realização para a mulher e sua família.

#### **6.1.5 Violência obstétrica**

As variáveis “violência obstétrica”: “durante a internação gritaram com a senhora”; “debocharam do seu comportamento”; “foi beliscada, empurrada ou recebeu tapas”; “passou por agressões físicas e demorou a ser atendida” estão aumentando as chances dessas mulheres não terem recebido orientação. Essas cinco características juntas potencializam a probabilidade de a mulher não ter recebido orientação (Tabela 19). No estudo de Guimarães (2018) realizado nas maternidades públicas do Tocantins também constatou-se o descumprimento de normativas importantes, a não utilização das recomendações baseadas em evidências científicas e violação dos principais direitos das parturientes, configurando a magnitude da violência obstétrica e a necessidade da melhoria de serviços. Em estudos sobre impactos na saúde, Minayo (2005) relata que a violência está associada aos aspectos sociais e históricos e é utilizada através do uso da força, do poder e dos privilégios para dominar, submeter e provocar.

#### **6.1.6 Complicação no parto**

E na observação da variável “ter alguma complicação após o parto” potencializa a chance de não ter recebido orientação (Tabela 20). A sensibilização da equipe de saúde com relação à importância da forma de assistência, levando-se em conta os medos e autossugestões da mulher naquele momento para aquela mulher é fundamental. Simples atitudes de acolhimento e escuta empática são eficazes e, tendem a influenciar positivamente na assistência à mãe, principalmente quando primípara (MOURA *et al.*, 2007)

### **6.2 Governança**

No que concerne ao local do parto, (20,34%) não tiveram o bebê no primeiro hospital que procurou (Tabela 5). Em estudo de Carvalho (2019) realizado no Distrito

Federal, também revelou lacunas importantes relativas à organização da rede, articulação com outros locais de parto e de pré-natal. Esses dados denunciam limitadas condições de vínculo e baixa capacidade de governança clínica entre profissionais e gestantes usuárias do SUS, relacionadas aos processos de trabalho; estrutura das Unidades de Saúde da Família (USF) e circunstâncias das gestantes (ARAGÃO; OLIVEIRA; GURGEL JÚNIOR, 2019). Esses temas têm sido pouco enfatizados no cuidado pré-natal, como evidenciam as mulheres entrevistadas. Isso pode estar relacionado a problemas estruturais dos serviços de saúde que influenciam a atuação dos profissionais, dificultando assim a oferta de orientações e informações básicas às gestantes ao longo do cuidado obstétrico.

Persiste a dificuldade de interação e integração entre as USFs e locais que realizam o parto na rede de serviços (Tabela 4 e 5). Corroborando com estudos nacionais, pouco mais da metade das gestantes foi orientada sobre o local do parto, apesar de existir maternidades de risco habitual e alto risco de referência (DOMINGUES, *et al.*, 2012; POLGLIANE *et al.*, 2014; VIELLAS *et al.*, 2014;). Essa articulação dos serviços tem sido descrita como fundamental no sentido de melhorar indicadores de qualidade do cuidado pré-natal, o parto e nascimento a partir da operacionalização do plano do parto que envolve os direitos da mulher e seu acompanhante (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014). Essa ação poderia promover mais participação e empoderamento das cidadãs usuárias no processo de governança clínica relacionada aos cuidados à gestante no SUS, garantir mais protagonismo e favorecer uma assistência à saúde com mais qualidade e uma menor possibilidade de problemas na linha dos cuidados materno e infantil. Uma boa governança clínica associada à infraestrutura de serviços de saúde apresentam grande potencial de melhorar o processo de atendimento à população-alvo dos programas de saúde pública (SILVA *et al.*, 2013).

Esforços para a melhoria da atenção ao pré-natal, parto e nascimento vêm acontecendo através das políticas e estímulos à assistência humanizada. No entanto, ainda é um desafio, para a assistência, as questões referentes ao pré-natal e parto. Na perspectiva das gestantes, foi possível evidenciar que os serviços de assistência pré-natal não estão conseguindo cumprir as normas e parâmetros pactuados pelo MS, sobretudo, quanto às questões relacionadas ao acesso à informação e orientação às usuárias no pré-natal. Uma hipótese é que as equipes de saúde não estão alertadas para identificar as necessidades de orientação das gestantes como elementos importantes da assistência ao pré-natal (TREVISAN *et al.*, 2002). Exames estão sendo ofertados juntamente com as consultas, porém em quantidade inferior às normas estabelecidas e as gestantes não têm recebido orientações adequadas sobre o momento do parto.

Em estudo de Pereira (2018) sobre boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde, identificou que, associar as boas práticas obstétricas a consultas pré-natais bem orientadas e esclarecidas para que a gestante tenha consciência de sua condição fisiológica e se corresponsabilize pelos processos de parto e nascimento.

Cabe destacar que este é um estudo que propõe a avaliação do componente da RC referente à assistência pré-natal e parto. E, portanto, deve ser considerado que os resultados expostos neste estudo levaram em conta parâmetros normativos relacionados à realização de consultas, exames, orientação/informação e parto às gestantes.

Uma limitação desse estudo se refere à validação de alguns dados colhidos por entrevistas, especialmente aqueles que dependem da memória e da disponibilidade da informante. Havendo assim a possibilidade de viés recordatório, visto que algumas mulheres podem ter esquecido ou omitido informações na entrevista. Apesar das limitações, os resultados sugerem a adequação da metodologia porque todos os estudos que utilizam este método são igualmente afetados pelo erro recordatório (GONÇALVES; CESAR; SASSI, 2009).

Rouquayrol e Gurgel (2017) citam ainda a ausência do fator tempo (causa e efeito), sem poder de inferência causal e o fato de que para dados secundários não se pode acrescentar novas perguntas.

## 7 CONCLUSÃO

De acordo com os achados da amostra do presente estudo, no modelo final multivariado observou-se que as variáveis que estão influenciando mais a não orientação foram: demográficas e socioeconômicas – “faixa etária”; consulta de pré-natal – “expectativa negativa”; “não foi verificado a pressão em todas as consultas”; “no pré-natal não foi estimulada a fazer nenhum tipo de parto”; “não foi informada pela equipe responsável em qual hospital deveria ter seu bebê”; momento do parto – “na internação não teve acompanhante de sua escolha”; boas práticas do parto humanizado – “quando solicitado, não recebeu remédio ou anestesia para alívio da dor”; “não foi orientada sobre todos os procedimentos” e violência obstétrica – “demorou a ser atendida”. Esse modelo final potencializa a probabilidade de a mulher não ter recebido orientação (Tabela 21).

Os achados apontaram que no Brasil, entre os anos de 2013 e 2014, a assistência ao pré-natal e parto ocorreu de forma incompleta e inadequada na visão das cidadãs usuárias do SUS. Apesar da RC contemplar a realização de exames, qualificação do cuidado ao ciclo gravídico-puerperal através de um conjunto de iniciativas que foram postas em prática a partir das diretrizes baseadas no preceito da humanização da assistência ao parto, verificamos que ainda persistem fragilidades e não conformidades em sua operacionalização.

Problemas, como a falta de acesso a exames laboratoriais e consultas de pré-natal, acesso inadequado a informações sobre o trabalho de parto e parto, assim como as condições sociodemográficas das mulheres, são condicionantes que influenciam a qualidade da assistência pré-natal e dificultam a execução das ações preconizadas para a atenção às gestantes. A falta de acesso propicia a não informaçãoe nos desfechos, ela é uma variável explicativa.

Melhorias nesses parâmetros podem ser alcançadas, em parte, com a oferta de informações e orientações básicas que impactam a saúde da mulher e dos recém-nascidos, como demonstram as associações observadas nesse estudo. Importante ressaltar que a oferta de informações qualificadas é um direito das gestantes, possibilitando o exercício da autonomia reprodutiva do planejamento familiar e a boa governança clínica. Estamos vivendo um período promissor para revisão de conceitos, valores e práticas assistenciais.

Dessa forma, o presente estudo contribuiu para alertar que o processo de tomada de decisão em relação ao ciclo gravídico-puerperal, que se inicia no pré-natal, carece de medidas básicas de governança clínica e compartilhamento de informações com as gestantes e parturientes no Brasil. Providências nesse sentido podem viabilizar mudanças de indicadores

com ações voltadas para formação humanística e qualificação dos profissionais de saúde, visando fortalecer um tipo de comunicação não hierárquica e que melhore a autonomia decisória das mulheres, sobretudo com as possibilidades de informar sobre os direitos e orientação básica sobre parto, nascimento e puerpério ainda pouco realizadas no SUS.

Rodas de conversas, formação e fortalecimento de grupos de gestantes e de preparação para o parto com educação em saúde, campanhas sanitárias e ações promocionais na comunidade são sugestões de atividades que podem ser feitas na ESF e devem ser formalmente incorporadas à assistência pré-natal. A existência de grupos deve ser fortemente encorajada, tanto no setor público, como no setor privado a fim de que possam representar instrumentos de mudança do cenário obstétrico atual.

Percebe-se que a aquisição de conhecimento por parte das mulheres e suas famílias se tornou uma ferramenta de apoio à tomada de decisão e este pode ser o caminho para a reivindicação e conquista de um modelo de atendimento ao parto respeitoso. Repercutindo assim, na melhoria da qualidade dos indicadores no cenário nacional e possibilitando uma nova realidade obstétrica frente aos desafios da saúde reprodutiva, capazes de reduzir a morbimortalidade materna e infantil no SUS.

No presente estudo, observou-se a ocorrência de uma contribuição multifatorial para a ocorrência da não orientação quanto aos seus direitos e deveres relacionados as mulheres que foram acompanhadas durante o pré-natal e parto do programa RC no período de 2013 e 2014. Tais fatores estão relacionados com as características socioeconômicas, consulta do pré-natal, momento do parto, boas práticas do parto humanizado e violência obstétrica, e estariam contribuindo consideravelmente para ocorrência de partos com mais intervenções, expondo desnecessariamente tanto a mãe quanto o bebê, deixando ainda mais fragilizada as boas práticas do parto, com execução sem informação e/ou autorização de procedimentos considerados de violência obstétrica ao longo do trabalho de parto.

Este estudo pode também auxiliar na determinação de áreas de interesse para capacitação de profissionais, a fim de fornecer apoio no âmbito do componente pré-natal e parto visando nortear os gestores para melhoria de políticas públicas de saúde da mulher e do recém-nascido, desde a atenção primária até a rede hospitalar de alta complexidade numa rede integrada de serviços públicos no SUS.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. M. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- AGUIAR, J. M.; OLIVEIRA, A. F. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-91, 2011.
- AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- ALMEIDA, K. J. Q. *et al.* Ouvidoria ativa em saúde: avaliação da qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, Vol. 26, p. 52- 76, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052017291>. Acesso em 02 maio 2019.
- ALMEIDA, W. S.; SZWARCOWALD, C. L. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 68-76, 2012.
- AMORIM, M.; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Rev. Femina**, São Paulo, v. 36, n. 47-54, 2008.
- ANDRADE, P. O. N. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, Vol. 16, n.1, p. 29-37, 2016.
- ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro; Vol. 27, n. 6, p. 1053-1064, 2011.
- ANJOS, J. C.; BOING, A. F. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, Vol. 19, n. 4, p. 835-850, 2016.
- ANTUNES, L. R. Ouvidorias do SUS no processo de participação social em saúde. **Saúde Coletiva**, Barueri, Vol. 5, n. 26, p. 238-241, 2008.
- APOLINARIO, D. *et. al.* Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. **Rev. Rene**, Fortaleza; Vol. 17, n. 1, p. 20-28, 2016.
- ARAGAO, A. A. V.; OLIVEIRA, S. R. A.; GURGEL JUNIOR, G. D. O uso do Método Delphi ajustado para avaliar a Rede Cegonha: da Imagem-objetivo à Realidade. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, Vol. 23, n. 2, p. e 20180318, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/eann/v23n2/pt\\_1414-8145-eann-23-02-e20180318.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eann/v23n2/pt_1414-8145-eann-23-02-e20180318.pdf). Acesso em 20 agosto 2019.
- ARAUJO, F. R. F. A Bioética da Proteção e as Implicações Morais no Acesso Desigual ao Parto: o caso de uma maternidade de referência no Agreste de Pernambuco. **Dissertação de Mestrado**, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

AZEVEDO, C. A. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, Vol. 25, n. 1, p. 64-71, 1991.

BARBOSA, G. P. *et al.* Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Vol. 19, n. 6, 1.611-1.620, 2003.

BARRETO, C. N. *et al.* Prenatal care in the voice of pregnant women. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, Vol. 7, n. 6, p. 54-63, 2013.

BARROS, F. C. *et al.* Recent trends in maternal, newborn, and child health in Brazil: progress toward Millennium Development Goals 4 and 5. **Am. J. Public. Health**; v. 100, n. 34, p.1877-1889, 2010.

BRASIL. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde, Brasília, 51 p., 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Governo quer reduzir cesáreas desnecessárias**. Brasília, DF, 2016. Disponível em <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2016/04/governo-lanca-protocolo-para-reduzir-cesareas-e-incentivar-parto-normal.html>. Acesso em 05 janeiro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual: Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher. Brasília, DF, 2011. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf). Acesso em 10 dezembro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília; DF, Ministério da Saúde, 2016. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf). Acesso em 10 abril 2017.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF, 7 ABR. 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm). Acesso em: 04 março 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf). Acesso em 10 dezembro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067, de 04 de julho de 2005. Institui a política nacional de atenção obstétrica e neonatal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 25, 2005. Disponível em [http://www.lex.com.br/doc\\_395287\\_PORTARIA\\_N\\_1067\\_DE\\_4\\_DE\\_JULHO\\_DE\\_2005.asp](http://www.lex.com.br/doc_395287_PORTARIA_N_1067_DE_4_DE_JULHO_DE_2005.asp) x. Acesso em 10 dezembro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em 05 junho 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: Manual técnico**. Brasília: MS; 2006. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf). Acesso em 05 junho 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Rede Cegonha**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013– (Cadernos de Atenção Básica, n. 32. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)< Acesso em 13 junho 2016.

BRASIL. Resolução nº 196/96. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196\\_10\\_10\\_1996.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html)<. Acesso em 16 março 2019.

BRASIL. Resolução nº 304/ 00. Regulamentação complementar da Resolução CNS nº 196/96. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos no que diz respeito à área temática especial “populações indígenas”**. Conselho Nacional de Saúde, 09 de agosto de 2000. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2000/res304\\_09\\_08\\_2000.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2000/res304_09_08_2000.html) Acesso em 16 março 2019.

BRASIL. **Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466/2012**. Aprova diretriz e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 04 de dezembro de 2012. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf> Acesso em 16/03/2019. Acesso em 16 março 2019.

BRASIL. **Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 510/2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 07 de abril, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf><. Acesso em 16 março 2019.

CAMPOS, A. S.; ALMEIDA, A. C. C. H.; SANTOS, R. P.; Crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto normal. **Rev. Enferm. UFSM**, Vol. 4, n. 2, p. 332-341, 2014.

CARVALHO, E. M. P. *et al.* Avaliação das boas práticas de atenção ao parto por profissionais dos hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2019. **Rev. Cien Saude Colet.**, Rio de Janeiro. Vol. 24, n.6, p.2135-2145, 2019.

CESAR, J. A. *et al.* Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. Vol. 28, n. 11, p. 2106-2114, 2012.

COIMBRA, L. C. *et al.* Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo. Vol. 37, p. 456-62, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução nº 2.144, de 17 de março de 2016. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 118, p.138, 22 jun., 2016.

COUTINHO, T. *et al.* Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do sudeste brasileiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, São Paulo. Vol. 32, n. 11, p. 563-569, 2010.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Rev. Cien Saude Colet.**, Rio de Janeiro, Vol. 10, n. 3, p. 699 - 705, 2005.

DINIZ, S. G.; D' OLIVEIRA, A. F. L.; LANSKY, S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. **Reprod Health Matters**, Vol. 20, n. 40, p. 94-101, 2012. Disponível em: > <https://www.jstor.org/stable/41714983>. Acesso em 20 abril 2019.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326. 2009.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Rev. Cien Saude Colet.**, Rio de Janeiro, Vol. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DINIZ, C. S. G. *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 140-153, 2014.

DINIZ, C. S. G. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. **Interface**, Botucatu, Vol. 18, n. 48, p. 217-20, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Vol. 28, n. 3, p. 425-37, 2012.

DOMINGUES, *et al.* Factors associated with maternal near miss in childbirth and the postpartum period: findings from the birth in Brazil National Survey, 2011-2012. **Reproductive health**, Rockville, Vol. 13, supp. 3, p.115, 2016. Disponível em:> <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0232-y>. Acesso em 01 junho 2018.

DONABEDIAN, A. Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. *Inquiry*, Chicago, Vol. 25, n.173-192, 1988.

D'ORSI, E. *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, Vol. 30, n. 1, p.154-68. 2014.

DOWSWELL, T. *et al.* Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. **Cochrane Database Syst Rev.**, Amsterdam, Vol. 6, n. 10, 2010. Disponível em: > <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4164448/?tool=pubmed>.< Acesso em 01 junho 2018.

ESTEVES - PEREIRA A. P. *et al.* Caesarean Delivery and Postpartum Maternal Mortality: A Population-Based Case Control Study in Brazil. **Plos One**, Vol. 11, n.4, p. e0153396, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27073870><. Acesso em 01 junho 2018.

ESPIRIDIDÃO, M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Posição social e julgamento dos serviços de saúde pelos usuários. **Saude Soc.**, São Paulo, Vol. 25, n. 2, p. 381-391, 2016.

FERNANDES, F. M. B. *et al.* Inovação em ouvidorias do SUS – reflexões e potencialidades. **Rev. Cien Saude Colet.**, Rio de Janeiro, Vol. 21, n. 8, p. 2547-2554, 2016.

FERREIRA, M. G. C.; GOMES, M. F. P.; FRACOLLI, L. Aleitamento materno: orientações recebidas por gestantes acompanhadas pela estratégia saúde da família. **Rev. Bras. Cien. Saúde**, São Cetano do Sul, Vol. 16, n. 55, p. 36-41, 2018.

FLOYD, R. D. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, Hanover, Vol. 75, p.5-23, 2001.

FOX, D.; SHEEHAN, A.; HOMER, C. Experiences of women planning a home birth who require intrapartum transfer to hospital: a metasynthesis of the qualitative literature. **Int J Childbirth**, United States, Vol. 4, n. 2, p. 103-19, 2014.

GAIVA, M. A. M.; PALMEIRA, E. W. M.; MUFATO, L. F. Percepção das mulheres sobre a assistência pré-natal e parto nos casos de neonatos que evoluíram para o óbito. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, Vol. 21, n. 4, p. 0018, 2017.

GAMA, A. S. *et. al.* Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Vol. 25, p. 2480-8, 2009.

GASTAL, F. L., ROESSLER, I. F. Talsa multiplicadores: avaliação e qualidade (módulo 2). **Manual de Acreditação**, 2006. Disponível em:> <https://www.ona.org.br/Inicial>< Acesso em 05 março 2018.

GONÇALVES, M. F. *et al.* Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**; Rio Grande do Sul, Vol. 38, n. 3, p. e2016-0063, DOI: /10.1590/1983- 1447.2017.03.2016-0063; 2017.

GONÇALVES, C. V.; CESAR, J. A.; SASSI, R. A. M. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, Vol. 25, n. 11, p. 2507-16, 2009.

GOTTEMS, L. B. D. *et al.* Acesso à rede de atenção à gestação, parto e nascimento na perspectiva das usuárias. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**; Brasília, Vol. 6, n. 33, p. 95-115, 2015.

GUIMARÃES, L. B. E.; JONAS, E. AMARAL, L. R. O. G. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. **Rev Est Feministas**, Florianópolis, Vol. 26, n. 1, e43278, 2018.

GUIMARÃES, P. R. F. O papel do enfermeiro no pré-natal humanizado no PSF. **Rev Saúde AJES-SAJES**, Juína, Vol. 10, n. 3, p. 359-367, 2015.

GUIMARÃES, W.S.G. *et al.* Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Vol. 34, n. 5, e00110417, 2018.

HIDALGO-LOPEZOSA, P.; HIDALGO-MAESTRE, M.; RODRÍGUEZ-BORREGO, M. A. Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Rockville, Vol.24: e2744, 2016.

HODNETT, E. D. *et al.* Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Rockville, Vol. 16, n.2, 2011.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. Applied Logistic Regression. 2 th ed, p. 95- 397, Wiley – Interscience Publication, 2000.

IBGE. Disponível em: >[agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/15292-saude-dos-brasileiros-pesquisas-do-ibge-sobre-o-tema-estao-em-fase-de-preparacao](http://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/15292-saude-dos-brasileiros-pesquisas-do-ibge-sobre-o-tema-estao-em-fase-de-preparacao). Acesso em 4 junho 2019, 2012.

INSTITUTE FOR SAFE MEDICAL PRACTICE. **High alert medications**. Disponível em: <http://www.ismp.org/Tools/institutionalhighAlert.asp>. Acesso em 6 agosto, 2019.

KLIEMANN, A.; BÖING, E.; CREPALDI, M.A. Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: **Revisão sistemática de artigos empíricos**, São Paulo, Mudanças: Psicologia da Saúde, Vol. 25, n. 2, 2017.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n.5, p. 1389-1400, 2002.

LANSKY, S. *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, Vol. 30, n. 1, p. 192-207, 2014.

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Vol. 30, n. 1, p. 17-32, 2014.

LEAL, M. C. Parto e nascimento no Brasil: um cenário em processo de mudança. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Vol. 34, n. 5, e00063818, 2018.

LONGO, C. S. M; ANDRAUS, L. M. S; BARBOSA, M. A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiania, Vol. 12, n. 2, p. 386-391, 2010.

MAIA, M. B. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte. **Dissertação (Mestrado)** – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008.

MAIA, M. B. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional, Rio de Janeiro, ed. Fiocruz, 2010.

MARTINELLI, K. G. *et al.* Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, São Paulo, Vol. 36, n. 2, p. 56-64, 2014.

MARTINS-COSTA, S. E.; RAMOS, J. G. L. A Questão das Cesarianas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, São Paulo, Vol. 27, n. 10, p. 571-574, 2005.

MELQUIADES, J. M. S. Qualidade do pré-natal no Brasil: contribuições de usuárias entrevistadas pela ouvidoria do SUS. **Monografia (Residência em Saúde Coletiva)**. Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz Recife, 2017.

MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**, p. 9-41, Série B, Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, Vol. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010.

MONTEIRO, A. L. S. *et al.* Avaliação epidemiológica de gestantes hipertensas crônicas da maternidade HC-UFPR. **Rev. Med. UFPR.**, Curitiba, Vol. 4, n. 1, p. 17-22, 2017.

MOURA, F. M. J. *et al.* A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, Vol. 60, n. 4, p.452-455, 2007.

NACOES UNIDAS. **Com o apoio do Unicef, estudo faz alerta sobre nascimento de bebês prematuros no Brasil**. Disponível em:> <https://nacoesunidas.org/com-apoio-do-unicef-estudo-faz-alerta-sobre-nascimento-de-bebes-prematuros-no-brasil/>. Acesso em 28 agosto 2019, 2013.

NARCHI, N. Z. Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo – Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, Vol. 44, n. 2, p. 266-273, 2010.

NUNES, J.T. *et al.* Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Maternidade segura:** assistência ao parto normal, um guia prático: relatório de um grupo técnico, Organização Mundial da Saúde. Saúde Reprodutiva e da Família. Unidade de Maternidade Sagura. Saúde Materna e Neonatal. Brasília, 53 p., 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The Lancet**, Rockville, Vol. 8452, p. 436-437, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Care in Normal Birth:** A Practical Guide. Maternal and Newborn Health/ Safe Motherhood Unit. Geneva. 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Appropriate technology for birth.** The Lancet, Rockville, Vol. 24, n. 2, p. 436-437, 1985.

PEREIRA, S. B. *et al.* Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, Vol. 71, n. 3, p.1393-1399, 2018.

POLGLIANE, R. B. S. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, Vol. 19, n. 7, p. 1999-2010, 2014.

PORTELLA, M. O. Avanços e incoerências nas políticas de humanização do parto e nascimento. In: Martins *et al* (orgs). **Produtivismo na saúde: desafios do SUS na invenção da gestão democrática.** Recife: Editora da Universidade Federal de Pernambuco; v. 2, p. 119-44, 2014.

PROJETO AMANHÃ. A saúde dos brasileiros em tempos de crise: entre a mortalidade materna e o adoecimento coletivo. Rio de Janeiro. 2015. Disponível em: > <https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-saude-coletiva/saude-dos-brasileiros-entre-a-mortalidade-materna-e-o-adoecimento-coletivo/12572/> . Acesso em 15 abril 2019.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface**, Botucatu, Vol. 13, n. 1, p. 595-602, 2009.

RATTNER, D.; TRENCH, B. **Humanizando nascimento e partos.** São Paulo. Ed. Senac, 2005.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica:** “Parirás com dor”. Dossiê, Brasília, DF, 2012.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO. **Carta de Campinas.** Campinas, REHUNA, 1993.

RESENDE, L. V.; RODRIGUES, R. N.; FONSECA, M. C. Mortes maternas em Belo Horizonte, Brasil: percepções sobre a qualidade da assistência e evitabilidade. **Rev. Panam. Salud. Pública**, Washington, Vol. 37, n. 4-5, p. 218-224, 2015.

ROSSI, F. R.; LIMA, M. A. D. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, Brasília, Vol.58, n. 3, p. 305-310, 2005.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. Epidemiologia & Saúde. Livro. Rio de Janeiro: Med Book, 8. Ed, 2017.

SALGADO, H. O.; NYL, D. Y. DINIZ, C. S. G. Groggy and with tied hands: the first contact with the newborn according to women that had na unwanted c-section. **Rev. Bras. Cresc. Desenvol. Humano**, São Paulo, Vol. 23, n. 2, p. 190-197, 2013.

SANTANA, F. A.; LAHM, J. V.; SANTOS, R. P. Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, v. 17, n. 3, p. 123 - 127, 2015.

SANTANA, V. S.; CUNHA, S. Estudos transversais. In: ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M. L. (ed.). **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 186–193, 2013.

SAUAIA, A.; SERRA, M. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**, Brasília, Vol. 2, n. 1, p. 128-147, 2016.

SILVA, A. L. A. *et al.* A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. **Cad. Saúde Pública**; Rio de Janeiro, Vol. 33, n. 12, e00175116, 2017.

SILVA D. C. *et al.* Perspectiva das puérperas sobre a assistência de enfermagem humanizada no parto normal. **REBES**, Pombal, Vol. 5, n. 2, p. 50-56, 2015.

SILVA, E. P. *et al.* Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, Vol. 13, n. 1, p. 29-37, 2013.

SILVA, M. Z. N. D.; ANDRADE, A. B. D.; BOSI, M. L.M. Access and user embracement in prenatal care through the experiences of pregnant women in Primary Care. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, Vol. 38, n. 103, p. 805-816, 2014.

SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G. M. Restricting oral fluid and food intake during labour. **Cochrane Database Syst Rev.**, Rockville, Vol. 1, CD003930, 2010.

SODRE, T. M.; MERIGHI, M. A. B.; BONADIO, I. C. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, Vol. 11, p. 115-120, 2012.

SODRE, T. M. *et al.* Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina – PR. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, Vol.19, n. 3, p. 452-60, 2010.

SOFTWARE R. Core Team (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Disponível em:> <https://www.R-project.org>). Acesso em 06 abril 2019.

SOUZA, S. R. R. K.; GUALDA, D. M. R. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, Vol. 25, n. 1, e 4080014, 2016.

SOVERAL, F. C. A percepção de puérperas sobre a assistência ao parto em uma maternidade pública do Recife. **Dissertação (Mestrado)**. Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

TESSER, C. D. *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**; Rio de Janeiro, Vol. 10, n. 35, p. 1-12. 2014.

TORRES, J. A. *et al.* Evaluation of a quality improvement intervention for labour and birth care in Brazilian private hospitals: a protocol. **Reprod Health.**, Rockville, Vol. 15, n. 1, p. 194, 2018.

TREVISAN, *et al.* Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, São Paulo, Vol. 24, n. 5, p. 293-299, 2002.

VEST, A.R.; CHO, L.S. Hypertension in Pregnancy. **Cardiologic Clinics**, Cleveland, v. 30, p. 407-423, 2012.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Vol. 30, p. 85-100, 2014.

VILLAR, J. *et al.* **Os objetivos, desenho e implementação do Projeto INTERGROWTH-21st**. BJOG, Rockville, Vol. 120, n. 2, p. 9-26, 2013.

WAGNER, M. Fish can't see water. The need to humanize birth. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, Rockville, Vol. 75, n.1, p. 25-37, 2001.

WALKER, J. Pre-eclampsia. **The Lancet**, Rockville, Vol. 356, n. 9237, p. 1260-1265, 2000.

ZORZAM, B.; CAVALCANTI, P. **Direito das mulheres no parto: conversando com profissionais de saúde e do direito**. Coletivo Feminino de Sexualidade e Saúde, 1. ed. São Paulo, 2016.

**APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DAS USUÁRIAS**

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA  
DEPARTAMENTO DE OUVIDORIA GERAL DO SUS  
INSTRUMENTO DE PESQUISA – “REDE CEGONHA”

Idade: \_\_\_\_\_

Estado Civil:

- Casada;
- Solteira;
- Viúva;
- Divorciada;
- Separada;
- União Estável;
- Não sabe / Não respondeu.

Raça/cor?

- Branca
- Negra
- Amarela
- Parda
- Indígena
- Não sabe / Não respondeu

Escolaridade:

- Não sabe ler/escrever
- Alfabet indivíduo lê e escreve p/menos um bilhete
- Nível Fundamental Incompleto (1º grau incompleto)
- Nível Fundamental Completo (1º grau completo)
- Nível Médio Incompleto (2º grau incompleto)
- Nível Médio Completo (2º grau completo)
- Superior Incompleto
- Superior Completo
- Especialização/Residência
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-doutorado
- Nível Médio Completo – Normal magistério
- Nível Médio Completo – Normal magistério indígena
- Não sabe / Não respondeu

Renda familiar:

- Não tem renda
- Menos de 1 Salário Mínimo
- Entre 1 e 2 Salários Mínimos
- Mais de 2 e até 5 Salários Mínimos
- Mais de 5 e até 10 Salários Mínimos
- Mais de 10 Salários Mínimos

Não sabe / Não respondeu

A senhora recebe Bolsa Família?

Sim

Não

Não sabe / Não respondeu

Possui convênio ou plano particular de saúde?

Sim

Não

Não sabe / Não respondeu

Questionário 1. A senhora e o bebê estão bem?

Sim (Bloquear 2 a 6)

Não, pois o bebê teve complicações e/ou está internado (Bloquear 2 a 6)

Não, tive um aborto (Atenção à observação!) (Bloquear 7-55)

Não, o bebê nasceu morto (Atenção à observação!) (Bloquear 7-55)

Não, o bebê faleceu logo após o parto (até 28 dias) (Bloquear 2 a 6; 49-55)

Não, o bebê faleceu após 28 dias do parto (Bloquear 2 a 6)

Não sabe / Não respondeu (Bloquear 2 a 6)

2. Ao chegar ao hospital para fazer este atendimento, quanto tempo aproximadamente a senhora esperou para ser examinada por um profissional de saúde?

Até 30 minutos

Mais de 30 minutos a 1 hora

Mais de 1 a 2 horas

Mais de 2 a 4 horas

Mais de 4 horas

Não sabe / Não respondeu (Bloquear 3)

3. Com relação a esse tempo de espera para ser atendida no hospital, a senhora ficou:

Muito satisfeita

Satisfeita

Pouco satisfeita

Nada satisfeita

Não sabe / Não respondeu

4. Durante esta internação a senhora ou algum de seus acompanhantes passou por alguma situação ruim (constrangedora ou desrespeitosa) causada pelos profissionais dentro do serviço de saúde?

Sim

Não

Não sabe / Não respondeu

5. Durante sua internação, a senhora passou por alguma dessas situações:

O profissional a recriminou por ter abortado, sugerindo que foi provocado pela senhora

O profissional ameaçou denunciá-la por ter abortado

Deixou a senhora junto a outras mulheres que tiveram bebês

Foi tratada de forma agressiva ou com descaso

Não foi realizada anestesia durante o procedimento

- Outras. Qual? \_\_\_\_\_
- Nenhuma destas situações
- Não sabe / Não respondeu

6. No geral, qual o seu grau de satisfação com esta internação?

- Muito satisfeita
- Satisfeita
- Pouco satisfeita
- Nada satisfeita
- Não sabe / Não respondeu

7. A senhora fez pré-natal durante esta gravidez?

- Sim, pelo SUS
- Sim, particular ou plano de saúde (bloquear 8-16 e 19-26)
- Sim, ambos (SUS e plano/privado)
- Não (bloquear 8-26)
- Não sabe / Não respondeu (bloquear 8-26)

8. Qual era sua expectativa sobre a marcação de consultas, a qualidade e o atendimento dos profissionais antes de começar o pré-natal no SUS?

- Muito positiva
- Positiva
- Negativa
- Muito negativa
- Nenhuma
- Não sabe / Não respondeu

9. No início do pré-natal, qual era o tipo de parto desejado?

- Parto normal
- Parto domiciliar (parto em casa)
- Cesariana
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_
- Não sabe / Não respondeu

10. Nas consultas do pré-natal do SUS, foi verificado sua pressão arterial em todas as consultas?

- Sim, todas as vezes
- Sim, algumas vezes
- Não
- Não sabe / Não respondeu

11. No pré-natal no SUS a senhora fez exame de urina até a 20ª semana (4º mês) de gestação?

- Fez exame e recebeu resultado
- Fez exame e não recebeu resultado
- Não fez exame
- Não sabe / Não respondeu

12. No pré-natal no SUS a senhora fez exame de sangue até a 20ª semana (4º mês) de gestação?

- Fez exame e recebeu resultado

- Fez exame e não recebeu resultado
- Não fez exame
- Não sabe / Não respondeu

13. Como a senhora avalia o tempo para marcar/colher o exame e receber o resultado:

- Muito rápido
- Rápido
- Demorado
- Muito demorado
- Não sabe / Não respondeu

14. A senhora participou de conversas promovidas pela Unidade de Saúde (do SUS) sobre a gravidez, o parto e/ou o cuidado com recém-nascido?

- Sim (bloquear 15)
- Não (bloquear 16)
- Não sabe / Não respondeu (bloquear 15 e 16)

15. Por que a senhora não participou de conversas promovidas pela Unidade de Saúde?

- Não tinha esta atividade ou não sabia que tinha este serviço
- Não quis
- Era longe local e/ou horário não era bom
- Não sabe / Não respondeu

16. A senhora achou importante participar dessas conversas?

- Sim
- Não
- Não sabe / Não respondeu

17. Durante o pré-natal, a senhora foi informada sobre: (Múltipla resposta)

- Lei do acompanhante (Lei 11.108 de 7 de abril de 2005).
- Plano de parto (lista de itens relacionados ao parto em que a mulher deixa registrada as suas vontades)
- Tipos de parto e seus riscos e benefícios
- Benefícios das diferentes posições para ter o bebê no parto normal
- Direito à anestesia na hora do parto normal
- Necessidade da sua autorização em relação aos procedimentos durante o trabalho de parto
- Nenhuma destas situações
- Não sabe / Não respondeu

18. No pré-natal, a senhora foi estimulada a fazer qual tipo de parto?

- Normal
- Cesárea
- Nenhum
- Não sabe / Não respondeu

19. A senhora foi informada, pela equipe responsável pelo seu pré-natal, em qual hospital deveria ter seu bebê?

- Sim
- Não (bloquear 20-22)
- Não sabe / Não respondeu (bloquear 20-22)

20. A senhora fez visita neste hospital?

Sim, sem a ajuda da equipe da ABS (Atenção Básica de Saúde)

Sim, com a ajuda da equipe da ABS (marcação do horário da visita, transporte, equipe da ABS também participou da visita à maternidade)

Não

Não sabe / Não respondeu

21. Foi nesse hospital que a senhora teve seu bebê?

Sim (bloquear 22)

Não

Não sabe / Não respondeu (bloquear 22)

22. Qual foi o motivo?

Não quis e/ou preferiu outro hospital

O hospital indicado era longe

Não deu tempo de chegar

Não conseguiu vaga

Não havia médico (obstetra, anestesista e/ou pediatra)

Não tinha UTI Neonatal

Hospital não tinha suporte para atender gravidez de alto risco

Outros

Não sabe / Não respondeu

23. Como a Senhora se sentiu em relação às orientações e esclarecimentos recebidos no pré-natal?

Muito satisfeita

Satisfeita

Pouco satisfeita

Nada satisfeita

Não sabe / Não respondeu

24. Como a Senhora se sentiu em relação às consultas, exames e medicamentos recebidos durante o pré-natal?

Muito satisfeita

Satisfeita

Pouco satisfeita

Nada satisfeita

Não sabe / Não respondeu

25. Durante o pré-natal, a senhora ou algum de seus acompanhantes passou por alguma situação ruim (constrangedora ou desrespeitosa) causada pelos profissionais dentro do serviço de saúde?

Sim

Não

Não sabe / Não respondeu

26. No geral, qual o seu grau de satisfação com a experiência do pré-natal no SUS?

- Muito satisfeita
- Satisfeita
- Pouco satisfeita
- Nada satisfeita
- Não sabe / Não respondeu

(A) COM RELAÇÃO AO HOSPITAL AO QUAL A SENHORA SE DIRIGIU PARA FAZER O PARTO:

27. A senhora teve seu bebê no primeiro hospital que procurou

- Sim (bloquear 28)
- Não
- Não sabe / Não respondeu (bloquear 28)

28. A senhora passou por qual dessas situações:

- Teve que buscar outro serviço por conta própria para ser internada
- O primeiro hospital procurado transferiu a senhora para ser internada em outro hospital (transferiu / encaminhou)
- Teve o parto antes de ser internada no serviço (em casa, em veículo no trajeto, na porta de entrada) (bloquear 29-48)
- Outra situação
- Não sabe / Não respondeu

29. Qual era sua expectativa com relação ao atendimento no hospital antes de realizar o parto no SUS?

- Muito positiva
- Positiva
- Muito negativa
- Negativa
- Nenhuma
- Não sabe / Não respondeu

30. A senhora estava com quantas semanas de gestação quando seu bebê nasceu?

- Até 27 semanas (6º mês)
- 28 a 31 semanas (7º mês)
- 32 a 36 semanas (8º mês)
- 37 a 41 semanas (9º mês)
- 42 semanas ou mais (mais de 9 meses)
- Não sabe / Não respondeu

31. Na internação, antes de ter o bebê, a senhora teve acompanhante de sua escolha?

- Sim, tive acompanhante de minha escolha (bloquear 32)
- Sim, mas foi uma mulher porque o serviço não permitia homens (bloquear 32)
- Não
- Não sabe / Não respondeu (bloquear 32)

32. Por que não teve acompanhante de sua escolha? (Antes de ter o bebê)

- O serviço não permitiu acompanhante (Encaminhar para o disque saúde 136)
- Não sabia que podia ter acompanhante
- Não quis acompanhante
- Não deu tempo
- Não tinha acompanhante
- Outro motivo
- Não sabe / Não respondeu

33. No momento/hora do nascimento do bebê a senhora teve acompanhante de sua escolha?

- Sim, tive acompanhante de minha escolha (bloquear 34)
- Sim, mas foi uma mulher porque o serviço não permitia homens (bloquear 34)
- Não
- Não sabe / Não respondeu (bloquear 34)

34. Por que não teve acompanhante de sua escolha? (Na hora do nascimento)

- O serviço não permitiu acompanhante (Encaminhar para o disque saúde 136)
- Não sabia que podia ter acompanhante
- Não quis ter acompanhante
- Não deu tempo
- Não tinha acompanhante
- Outro motivo
- Não sabe / Não respondeu

35. Após o nascimento do bebê até a alta da maternidade a senhora teve acompanhante de sua escolha?

- Sim, em tempo integral e da minha escolha (bloquear 36)
- Sim, em tempo integral, mas foi uma mulher porque o serviço não permitia homens (bloquear 36)
- Sim, em tempo parcial e da minha escolha. (bloquear 36)
- Sim, em tempo parcial, mas foi uma mulher porque o serviço não permitia homens (bloquear 36)
- Não
- Não sabe / Não respondeu (bloquear 36)

36. Por que não teve acompanhante de sua escolha? (Após o nascimento do bebê)

- O serviço não permitiu acompanhante (Encaminhar para o disque saúde 136)
- Não sabia que podia ter acompanhante
- Não quis ter acompanhante
- Não tinha acompanhante
- Outro motivo
- Não sabe / Não respondeu

37. Como o seu bebê nasceu?

- Parto Normal
- Parto Normal com fórceps (bebê tirado a ferro)
- Cesariana agendada ou sem tentativa de parto normal (bloquear 38-40)
- Cesariana após ter tentado parto normal (bloquear 38)
- Não sabe / Não respondeu

38. De que forma foi o parto?

- Deitada com a barriga pra cima
- Deitada de lado
- Sentada
- Agachada (cócoras)
- Apoiada de quatro
- Outros
- Não sabe / Não respondeu

39. Durante o trabalho de parto ou no momento do parto, a senhora passou por alguma dessas situações: (Múltipla resposta)

- Pôde comer ou beber algo
- Pôde caminhar e movimentar livremente
- Ficou no chuveiro ou banheira para aliviar a dor
- Recebeu massagens, ficou na bola ou no cavalinho
- Quando solicitado, recebeu remédio ou anestesia para alívio da dor
- Foi orientada sobre todos os procedimentos feitos
- Romperam a bolsa (bolsa das águas - líquido amniótico)
- Tomou soro com remédio para acelerar o parto
- Fizeram pressão, empurraram ou subiram na sua barriga para o bebê sair
- Teve privacidade no local do parto (biombos/cortinas/sala individual)
- Foi orientada que poderia ter bebê em outras posições que não fosse só deitada
- Teve o bebê sozinha, sem profissional de saúde presente no momento do parto
- Nenhuma destas situações
- Não sabe / Não respondeu

40. Foi realizado um corte vaginal? Foi realizado um corte/pique para facilitar a passagem do bebê?

- Sim, não teve anestesia
- Sim, teve anestesia
- Não
- Não sabe / Não respondeu

As perguntas a seguir se referem a possíveis violências contra a mulher durante o parto:

41. Durante a internação para o parto, a senhora passou por alguma dessas situações: (Múltipla resposta)

- Gritaram com a senhora
- Mandaram a senhora parar de gritar
- Debocharam do seu comportamento
- Criticaram seus sentimentos ou emoções
- Foi amarrada
- Passou por toques vaginais um atrás do outro (por profissionais diferentes; por um único profissional)
- Recebeu toque vaginal com brutalidade
- Foi beliscada, empurrada ou recebeu tapas
- Não recebeu atenção quando solicitada, ou se sentiu abandonada
- Passou por outras agressões físicas
- Demorou a ser atendida
- Não teve leito para internação
- Ambiente sujo ou inadequado
- Outras. Quais? \_\_\_\_\_

- Nenhuma destas situações
- Não sabe / Não respondeu

42. A Senhora teve alguma complicação após o parto?

- Sim
- Não (bloquear 43)
- Não sabe / Não respondeu (bloquear 43)

43. Qual foi a complicação que a senhora teve? Múltipla resposta

- Dificuldade para amamentação
- Eclampsia
- Infecção puerperal (na via de parto)
- Hemorragia
- Mastite (inflamação da mama)
- Lesão no canal do parto
- Alteração na pressão
- Depressão pós-parto
- Outros
- Não sabe / Não respondeu

44. No momento em que o bebê nasceu, ele foi colocado imediatamente junto com a senhora (no colo ou peito para mamar)?

- Sim, antes de ser limpo até ir pro quarto
- Sim, ficou aproximadamente 10 minutos e depois levaram
- Não, só para olhar e depois levaram
- Não, primeiro fizeram os procedimentos (limparam, mediram, pesaram, vacinaram, etc.)
- Não, porque nasceu roxo e mole, e/ou teve que ficar no oxigênio (Teve outra complicação)
- Não sabe / Não respondeu

45. A senhora recebeu orientações sobre amamentação e cuidados com bebê, após o parto, no hospital/maternidade?

- Sim e tive auxílio
- Sim, mas não fui auxiliada
- Não
- Não sabe / Não respondeu

46. No geral, qual o seu grau de satisfação com o atendimento prestado ao seu bebê no serviço de saúde onde realizou o parto?

- Muito satisfeita
- Satisfeita
- Pouco satisfeita
- Nada satisfeita
- Não sabe / Não respondeu

47. No geral, qual o seu grau de satisfação com o atendimento do parto (no SUS)?

- Muito satisfeita
- Satisfeita
- Pouco satisfeita

- Nada satisfeita
- Não sabe / Não respondeu

48. Foi cobrado da senhora algum valor referente ao parto?

- Sim (Encaminhar para o disque saúde 136)
- Não
- Não sabe / Não respondeu

(B) EM RELAÇÃO AOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE PRÓXIMOS A SUA CASA:

49. A senhora recebeu orientações sobre planejamento reprodutivo, ou seja, sobre métodos para evitar uma nova gravidez (em algum serviço do SUS)?

- Sim
- Não
- Não sabe / Não respondeu

50. No primeiro mês após o parto, a senhora e seu bebê fizeram consulta / acompanhamento em serviço de saúde do SUS?

- Sim, a mãe e o bebê
- Sim, somente a mãe
- Sim, somente o bebê
- Não
- Não sabe / Não respondeu

51. Depois do nascimento do bebê, a senhora recebeu visita na sua casa do agente comunitário de saúde ou da equipe do posto de saúde?

- Sim, na primeira semana
- Sim, entre a segunda semana até o primeiro mês
- Sim, depois do primeiro mês
- Não (Bloquear 52)
- Não sabe / Não respondeu (Bloquear 52)

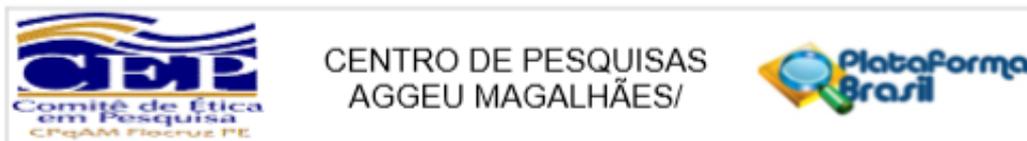
52. No geral, qual o seu grau de satisfação com o atendimento do agente comunitário de saúde ou da equipe do posto de saúde?

- Muito satisfeita
- Satisfeita
- Pouco satisfeita
- Nada satisfeita
- Não sabe / Não respondeu

53. Durante o primeiro mês de vida, seu bebê realizou alguma consulta de emergência no SUS?

- Sim, foi atendido na maternidade
- Sim, foi atendido na Unidade Básica de Saúde (“postinho”)
- Sim, foi atendido na Unidade de Pronto Atendimento - UPA
- Sim, foi atendido na emergência do hospital
- Não
- Não sabe / Não respondeu

## APÊNDICE B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** REDES ASSISTENCIAIS INTEGRADAS E SUSTENTÁVEIS: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS).

**Pesquisador:** GARIBALDI DANTAS GURGEL JUNIOR

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 50908915.0.0000.5190

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** FIOCRUZ - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.589.404

#### Apresentação do Projeto:

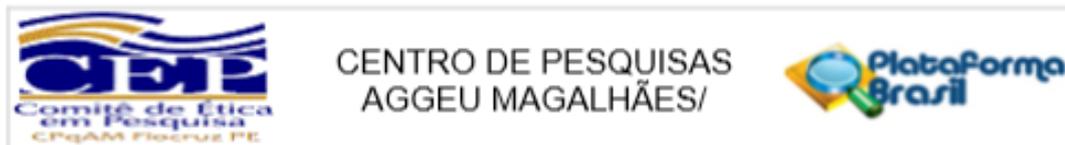
O projeto apresentado se apresenta como um estudo complexo envolve tanto análises compreensivas de política, como processos de avaliação em abordagens que trabalham com teorias no campo das ciências sociais em saúde e epidemiologia. Os objetivos se constituem como complementares e possuem percursos investigativos que se complementam, baseado em métodos mistos sequenciais. As atividades de pesquisa incluem a realização de entrevistas, grupo focal, utilização do método Delphi e análise estatística de bancos de dados.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivos:

1. Analisar o processo de pactuação que ocorre nos espaços de governança do SUS, considerando interesses em jogo e o papel dos atores nos processos de articulação interinstitucional de modo a compreender o modelo de governança vigente, tomando como referência a montagem da Rede Cegonha no Estado de Pernambuco;
2. Analisar o funcionamento do complexo regulador do Estado no campo da saúde à partir do desenvolvimento de um modelo de análise de meta governança, associando teorias desenvolvidas na interface de campos do conhecimento tradicionais, aplicadas a análises compreensivas de processos decisórios dos órgãos de controle externo do SUS para oferta de serviços;

**Endereço:** Av. Prof. Moraes Rego, s/nº  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.589.404

3. Desenvolver um esquema analítico para identificar lacunas do modelo de compartilhamento, integração e coordenação dos agentes econômicos com vista a compreender a demanda e continuidade assistencial na Rede Cegonha;

4. Analisar e comparar modelos de decisão e alocação de recursos de sistemas nacionais de saúde para montagem de Redes de Assistência Regional, na perspectiva da translação do conhecimento, potencializando a tomada de decisão dos gestores do SUS.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Constam no projeto as seguintes informações quanto aos riscos:

Pesquisas de caráter qualitativo devem se preocupar com a possibilidade de revelar informantes chaves do processo de investigação. Neste sentido, será tomadas todas as precauções éticas necessárias para manter o sigilo da identidade dos informantes, bem como seu caráter voluntário.

**Benefícios:**

Em se tratando de pesquisa avaliativas, observa-se a possibilidade de julgamento do mérito da intervenção por entidades fiscalizadoras, bem como

a população em geral que pode levantar questionamentos a respeito da utilização dos recursos públicos.

Observa-se ainda, que a avaliação de intervenções, faz parte do ciclo da política pública e deve ser

realizada de forma sistemática potencializando a

tomada de decisão, principalmente quando a mesma é feita com base em evidências científicas.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A proposta de pesquisa evidencia benefícios potenciais para a formulação de políticas públicas, em especial para as redes regionais integradas de assistência a qual esta proposta focaliza, bem como aos usuários do SUS.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

As declarações e termos exigidos pelo sistema CEP/CONEP foram devidamente apresentados.

<b>Endereço:</b> Av. Prof. Moraes Rego, s/nº	<b>CEP:</b> 50.670-420
<b>Bairro:</b> Cidade Universitária	
<b>UF:</b> PE	<b>Município:</b> RECIFE
<b>Telefone:</b> (81)2101-2639	<b>Fax:</b> (81)2101-2639
	<b>E-mail:</b> comiteetica@cpqam.fiocruz.br



CENTRO DE PESQUISAS  
AGGUEU MAGALHÃES/



Continuação do Parecer: 1.589.404

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O referido projeto, nesta versão, apresenta todas as informações e atende às pendências geradas na última avaliação do CEP. Portanto, aprovado para sua execução.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 486/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_623472.pdf	10/05/2016 11:03:07		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLCorrigido.pdf	10/05/2016 11:01:18	GARIBALDI DANTAS GURGEL JUNIOR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocorrigido.pdf	10/05/2016 11:00:51	GARIBALDI DANTAS GURGEL JUNIOR	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CartaAnuenciaGrupo.pdf	12/11/2015 12:58:44	GARIBALDI DANTAS GURGEL JUNIOR	Aceito
Declaração do Patrocinador	CartaAnuenciaFacepe.pdf	12/11/2015 12:57:06	GARIBALDI DANTAS GURGEL JUNIOR	Aceito
Folha de Rosto	CEPFolhadRosto.pdf	12/11/2015 12:55:59	GARIBALDI DANTAS GURGEL JUNIOR	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CartaAnuenciaPesquisador.pdf	12/11/2015 12:54:55	GARIBALDI DANTAS GURGEL JUNIOR	Aceito

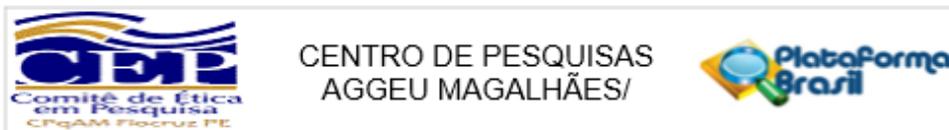
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.589.404

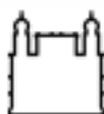
RECIFE, 14 de Junho de 2016

---

**Assinado por:**  
**Janaina Campos de Miranda**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Prof. Moraes Rego, s/nº  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br

## APÊNDICE C – DECLARAÇÃO DE VINCULAÇÃO DO RECORTE DA PESQUISA



Ministério da Saúde  
**FIOCRUZ**  
 FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
 Instituto Aggeu Magalhães

Destino de Grupos de Pesquisa do Brasil  
**GRUPO DE PESQUISA EM GOVERNANÇA DE  
 SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**



### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que a pesquisa intitulada '**Rede Cegonha no Brasil: o componente pré-natal e parto na percepção das usuárias do SUS**', conduzida pela pesquisadora JULIANNE MELO DOS SANTOS MELQUIADES, aluna do curso de MESTRADO ACADEMICO EM SAUDE PUBLICA, está vinculada ao Macro-projeto: REDES ASSISTENCIAIS INTEGRADAS E SUSTENTÁVEIS: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS). Este Macro-projeto e seus recortes são conduzidos pelos membros do Grupo de Pesquisa em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GGS/CNPq) do Instituto Aggeu Magalhães - FIOCRUZ/PE e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 14/06/2016 sob nº de CAAE 50906915.0.0000.5190/2016 – CONEP.

Recife, 23 de agosto de 2019.

\_\_\_\_\_  
 Prof. Dr. GARIBALDI DANTAS GURGEL JUNIOR

Pesquisador Responsável/Coordenador do Grupo de Pesquisa GSS/CNPq

Página 1 de 1