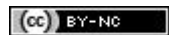


Cadernos de Saúde Pública



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License, which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. Fonte: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300021&lng=pt&tln g=pt. Acesso em: 16 jul. 2020.

REFERÊNCIA

D'ORSI, Eleonora et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil : estudo nacional de base hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S154-S168, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087813>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300021&lng=pt&tln g=pt. Acesso em: 16 jul. 2020.

Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar

Social inequalities and women's satisfaction with childbirth care in Brazil: a national hospital-based survey

Diferencias sociales y satisfacción de las mujeres con la atención al parto en Brasil: estudio nacional de base hospitalaria

Eleonora d'Orsi ¹
 Odaléa Maria Brüggemann ¹
 Carmen Simone Grilo Diniz ²
 Janaina Marques de Aguiar ³
 Christine Ranier Gusman ⁴
 Jacqueline Alves Torres ⁵
 Antonia Angulo-Tuesta ⁶
 Daphne Rattner ⁶
 Rosa Maria Soares Madeira Domingues ⁷

Abstract

The objective is to identify factors associated with women's satisfaction towards the care provided by the health professionals during hospital assisted delivery and identify how those factors influence their general levels of satisfaction. The cohort hospital based study was carried out in connection with the Birth in Brazil research. 15,688 women were included, interviewed at home, through the phone, from March 2011 to February 2012. All the variables that compose the professional/pregnant woman relationship (waiting time, respect, privacy, clarity of explanations, possibility of asking questions and participating in the decisions) and schooling remained independently associated with general satisfaction towards delivery care, in the adjusted model. The white women assisted in the southeastern and southern regions of the country, by the private sector and with a companion present gave a better evaluation of the care provided. Women value the way in which they are assisted by the health professionals, and there are inequalities in the way they are treated based on skin color, geographic region and financial situation.

Patient Satisfaction; Health Services Evaluation; Parturition; Social Inequity

Resumo

O objetivo foi identificar fatores associados à avaliação das mulheres quanto à relação profissional de saúde/parturiente e como esses fatores influenciam a satisfação com o atendimento ao parto. Estudo de coorte de base hospitalar, realizado com base na pesquisa Nascer no Brasil. Foram incluídas 15.688 mulheres entrevistadas no pós-parto, por telefone, de março de 2011 a fevereiro de 2013. Todas as variáveis componentes da relação profissional/parturiente (tempo de espera, respeito, privacidade, clareza nas explicações, possibilidade de fazer perguntas e participação nas decisões) e escolaridade mantiveram-se associadas de forma independente à satisfação geral com o atendimento ao parto, no modelo ajustado. As mulheres atendidas na Região Sudeste e na Sul, no setor privado e com acompanhante avaliaram melhor a relação com os profissionais de saúde, o oposto ocorreu com as pardas e que tiveram trabalho de parto. As mulheres valorizam a forma como são atendidas pelos profissionais e existem desigualdades de cor, região geográfica e fonte de pagamento do parto nessas relações.

Satisfação do Paciente; Avaliação de Serviços de Saúde; Parto; Inequidade Social

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

² Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

³ Universidade Nove de Julho, São Paulo, Brasil.

⁴ Universidade Federal do Tocantins, Palmas, Brasil.

⁵ Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, Brasil.

⁶ Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

⁷ Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

E. d'Orsi
 Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário Trindade, Florianópolis, SC 88040-900, Brasil.
 eleonora@ccs.ufsc.br

Introdução

A atenção obstétrica brasileira está organizada em pública e privada ou suplementar; 69% dos hospitais são particulares e destinam apenas 38% de seus leitos ao Sistema Único de Saúde (SUS) ¹. Segundo dados oficiais, 25% da população brasileira possuem ao menos um plano de saúde com cobertura de assistência médica ². Tanto no setor público quanto no privado o modelo prevalente de atenção obstétrica é tecnocrático, caracterizado pela adoção de intervenções obstétricas tradicionais, sem considerar evidências científicas e os aspectos subjetivos relacionados à experiência parturitiva ³.

A expectativa da maioria das mulheres em relação ao parto é baseada nessa assistência intervencionista, que passou a ser tida como natural ou tradicional. Estudos mostram que as mulheres valorizam a forma como são recebidas na maternidade e a atenção dispensada pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto/parto, aspectos constituintes de um atendimento entendido como “ideal” ⁴.

A satisfação das mulheres é influenciada pela expectativa que elas possuem sobre o atendimento que irão receber, não retratando especificamente a qualidade da assistência prestada. No entanto, avaliar a satisfação com o atendimento recebido pode ser uma importante ferramenta para o controle social ⁵. Estudos sobre satisfação da mulher com o parto mostram que a qualidade da relação dos profissionais de saúde e as parturientes, especialmente suas atitudes e comportamentos em relação a suporte emocional, capacidade de comunicação, fornecimento adequado de informações e participação no processo decisório, são preditores fortes e consistentes da satisfação com o atendimento ao parto ⁶. Ainda cabe destacar que a qualidade da experiência vivenciada pelas parturientes também pode influenciar os resultados maternos e neonatais, uma vez que a ansiedade durante o parto está associada com altos níveis de adrenalina, padrões de frequência cardíaca fetal anormal, diminuição da contratilidade uterina, aumento na duração da fase ativa do trabalho de parto e baixos índices de Apgar ⁷. Por outro lado, o apoio emocional, as orientações e medidas de conforto podem reduzir a ansiedade, o medo e consequentemente os seus efeitos adversos ⁸.

No Brasil, os estudos com abordagem quantitativa sobre satisfação da mulher com a assistência recebida durante o processo de nascimento são pontuais, e a maioria deles foi projetado para avaliar a assistência prestada em uma determinada instituição. Esses estudos apontam que a satisfação está associada à qualidade

do relacionamento e comunicação com os profissionais de saúde (respeito, privacidade, atenção e informações recebidas durante o trabalho de parto/parto, apoio emocional), com a forma como vivenciaram o processo (pouco sofrimento, presença de acompanhante de sua escolha) e com os bons desfechos maternos e neonatais ^{9,10,11}. Embora tais achados indiquem importantes componentes da satisfação com a atenção ao parto, não retratam o contexto nacional, já que o delineamento desses estudos não possibilita a generalização dos achados.

Tendo em conta que a assistência obstétrica deve ser centrada nas necessidades da mulher e que a satisfação com o atendimento recebido é uma forma indireta de avaliar a qualidade dos serviços de saúde, identificar preditores de satisfação é uma forma de indicar os atributos necessários para que a atenção ao parto e nascimento seja ancorada nos direitos dos usuários do sistema de saúde.

A hipótese dessa investigação é de que a satisfação com o atendimento ao parto depende grandemente da relação profissional de saúde/parturiente e que as características socioeconômicas, demográficas e as características do parto influenciam nesta relação.

O objetivo desta investigação é identificar fatores associados à satisfação das mulheres no que se refere à relação que estabelecem com os profissionais de saúde durante o atendimento hospitalar ao parto e identificar como esses fatores influenciam a satisfação geral dessas mulheres com o atendimento ao parto.

Métodos

Nascer no Brasil é um estudo nacional de base hospitalar composto por puérperas e seus recém-nascidos. A amostra foi selecionada em três estágios. O primeiro, composto por hospitais com 500 ou mais partos/ano estratificado pelas cinco macrorregiões do país (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-oeste), localização (capital ou não capital), e tipo de hospital (privado, público e misto). O segundo foi composto por dias (mínimo de sete dias em cada hospital) e o terceiro composto pelas puérperas. Em cada um dos 266 hospitais amostrados foram entrevistadas 90 puérperas, totalizando 23.940 sujeitos. Mais informações sobre o desenho amostral encontram-se detalhadas em Vasconcellos et al. ¹². Na primeira fase do estudo, realizada no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, foram realizadas entrevistas face a face com as puérperas durante a internação hospitalar, extraídos dados do prontuário da puérpera e do recém-nato e fo-

tografados os cartões de pré-natal da puérpera. Entrevistas telefônicas foram realizadas antes dos seis meses e aos 12 meses após o parto, entre março de 2011 e fevereiro de 2013, para a coleta de dados sobre desfechos maternos e neonatais. Informação detalhada sobre a coleta de dados encontra-se em do Carmo Leal et al.¹³

No presente estudo, foram utilizados os dados da entrevista por telefone, dados da entrevista hospitalar com a puérpera e dados do prontuário. As entrevistas realizadas por telefone foram previamente acordadas durante a entrevista hospitalar por meio de termo de consentimento livre e esclarecido. Foram consideradas perdas de seguimento mulheres que não tinham telefone ou não puderam ser contactadas após cinco tentativas em dias e horários alternados. As entrevistas telefônicas foram realizadas por dez entrevistadoras do sexo feminino de uma empresa especializada nesse tipo de abordagem, previamente treinadas pelos coordenadores da pesquisa. Antes do trabalho de campo, foi realizado um estudo piloto em que os coordenadores ouviam as entrevistas enquanto estavam sendo realizadas para detectar possíveis problemas e/ou dificuldades. Todos os dados foram enviados e armazenados no servidor central da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Foram selecionados os dados do bloco de satisfação com o atendimento hospitalar. Durante a entrevista por telefone, antes de iniciar as perguntas, com o intuito de resgatar a experiência vivenciada durante a internação hospitalar para o parto, era fornecido o seguinte esclarecimento: *“Faremos agora algumas perguntas relativas à sua internação para o parto e a sua satisfação com a maneira como ele aconteceu”*.

Em seguida, eram realizadas as perguntas sobre aspectos variados do atendimento, sempre começando com *“Na sua internação para o parto, como a Sra. avalia...”*. Foi solicitado à mulher que avaliasse os seguintes aspectos: tempo de espera desde que chegou à maternidade até ser atendida, respeito dos profissionais ao receber e ao falar com ela, respeito à intimidade da mulher durante o exame físico e o atendimento, por exemplo, durante os toques e o atendimento ao parto (privacidade), clareza nas explicações fornecidas pelos profissionais de saúde, possibilidade de participar junto com a equipe nas decisões sobre o seu trabalho de parto e parto e tempo disponibilizado para fazer perguntas sobre sua saúde ou tratamento. A pergunta sobre a satisfação da mulher com o atendimento ao parto foi feita ao final dessa série de perguntas, a fim de melhorar a capacidade de recordar os eventos ocorridos durante a internação e propiciar a reflexão sobre aspectos específicos da relação com

os profissionais de saúde antes de avaliá-los¹¹. Foram utilizadas cinco opções de resposta: péssimo, ruim, regular, bom e excelente, o que facilita a expressão de níveis de satisfação mais baixos e permite maior variabilidade nas respostas¹⁴.

A ocorrência de violência foi avaliada pela pergunta: *“Na sua internação para o parto, a Sra. considera que foi vítima de algum maltrato ou outra forma de violência por parte dos profissionais: algum profissional gritou ou xingou a Sra. (violência verbal), algum profissional a ameaçou, humilhou ou se negou a atendê-la ou oferecer algum tipo de alívio para dor (violência psicológica), algum profissional a empurrou, machucou ou fez exame de toque de forma dolorosa (violência física)?”*, sendo admitida mais de uma opção de resposta positiva e sendo elas posteriormente agrupadas em “algum tipo de violência” (sim/não).

A variável principal de desfecho foi a satisfação da mulher com o atendimento ao parto, mediante as respostas à pergunta: *“Na sua opinião, o atendimento ao seu parto foi...”*, com cinco opções de resposta: péssimo, ruim, regular, bom e excelente. Também foram considerados como desfechos o relato de violência (sim/não), a avaliação da mulher quanto ao tempo de espera até ser atendida, o respeito dos profissionais ao falar com ela, a privacidade durante o exame físico e o atendimento ao parto, a clareza nas explicações fornecidas pelos profissionais de saúde, a possibilidade de participar junto com a equipe nas decisões sobre o seu trabalho de parto e parto e o tempo disponibilizado para fazer perguntas sobre sua saúde ou tratamento, todas com cinco opções de resposta.

As covariáveis foram coletadas durante a entrevista hospitalar com a puérpera, sendo incluídas: idade (até 19 anos, 20-34 anos e 35 ou mais anos; definidas considerando o risco gestacional nas diferentes faixas), cor da pele autorreferida pela mulher (branca, preta, parda, amarela e indígena), escolaridade (Ensino Fundamental incompleto, Ensino Fundamental completo, Ensino Médio completo e Superior completo), classificação socioeconômica da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME), categorizada em classe A/B, C e D/E, via de parto (vaginal/cesariana), região geográfica de residência (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-oeste), fonte de pagamento do parto (sendo mulheres com parto em unidades públicas e mulheres com parto em unidades mistas que não foram pagas por plano de saúde, classificadas como tendo “fonte de pagamento pública”, e mulheres com parto pago por plano de saúde, tendo o parto ocorrido em unidades mistas ou privadas, e mulheres com parto em unidades

privadas, independente do parto ter sido pago ou não por plano de saúde, classificadas como tendo “fonte de pagamento privada”), presença do acompanhante durante a internação, desde a admissão até o pós-parto (em nenhum momento, em alguns momentos e em todos os momentos) e trabalho de parto sim/não (construída com as informações do prontuário).

Para a análise estatística dos dados, foi utilizado o *software* estatístico Stata versão 11 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). Para descrição da amostra, os percentuais dos desfechos nas categorias das covariáveis foram calculados tendo o ponto de corte mais alto (“excelente”).

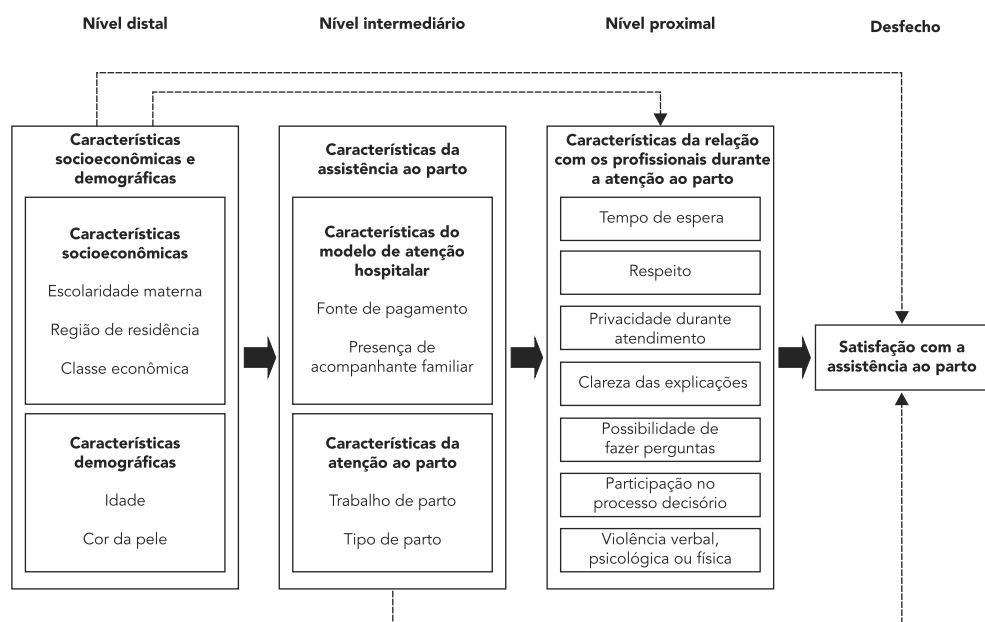
A análise estatística univariada e multivariável dos fatores associados à satisfação com o parto foi realizada pela regressão logística ordinal¹⁵, seguindo o modelo hierárquico¹⁶ explicitado na Figura 1, sendo estimadas razões de chances brutas e ajustadas e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). A regressão ordinal produz razões de chances (RC) que estimam a chance de a variável dependente aumentar em uma unidade para cada incremento de uma unidade na variável independente. A suposição de proporcionalidade do modelo foi verificada pelo teste de Brant, com resultado favorável ($p >$

0,05). No nível distal foram incluídas as variáveis socioeconômicas e demográficas (escolaridade, classe econômica, cor da pele, idade, região de residência); no nível intermediário, as variáveis relacionadas ao serviço (fonte de pagamento, tipo de parto, trabalho de parto, acompanhante); e no nível proximal, as variáveis relacionadas ao atendimento prestado pelos profissionais. O desfecho foi a satisfação geral com o atendimento ao parto (em cinco categorias); as variáveis de exposição foram categorizadas em excelente *versus* bom/regular/ruim/péssimo. Adotou-se a perspectiva de que as condições socioeconômicas, demográficas e características do tipo de serviço e do tipo de parto determinam como os profissionais de saúde tratam as mulheres em termos de violência, respeito, privacidade, tempo de espera para ser atendida, clareza nas explicações, possibilidade de fazer perguntas e participação nas decisões e que esses aspectos determinam a satisfação geral com o atendimento ao parto.

Para avaliar a associação das características das mulheres e dos serviços ao tratamento recebido dos profissionais, realizou-se inicialmente a análise bivariada e múltipla, tendo como variáveis de desfecho aquelas relacionadas ao atendimento: relato de violência (sim/não), tempo

Figura 1

Modelo teórico para avaliação da satisfação com o parto.



de espera, respeito, privacidade, clareza nas explicações, tempo disponível para fazer perguntas e participação nas decisões, com cinco níveis, e, como variáveis de exposição, as socioeconômicas, demográficas e características da assistência ao parto (fonte de pagamento, tipo de parto, presença de acompanhante). Em seguida, foi construído um modelo tendo como desfecho a satisfação geral com o atendimento ao parto e como variáveis de exposição aquelas que dizem respeito à relação profissional de saúde/parturiente (nível proximal: relato de violência, tempo de espera, respeito, privacidade, clareza nas explicações, tempo disponível para fazer perguntas e participação nas decisões, categorizadas em excelente *versus* bom/regular/ruim/péssimo), as características da assistência ao parto (nível intermediário), socioeconômicas e demográficas (nível distal). Valendo-se dos resultados da análise bivariada, foram incluídas na análise multivariável todas as variáveis que apresentaram $p < 0,05$. Todos os modelos foram construídos tendo em vista a estrutura do plano amostral e os pesos amostrais, elaborados de forma a compensar as perdas de seguimento. Detalhes sobre o procedimento utilizado para o cálculo dos pesos amostrais encontram-se em Vasconcelos et al.¹².

Esta investigação está norteada pela *Resolução nº 196/1996* do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas da pesquisa com seres humanos, sob o protocolo de pesquisa CEP/ENSP – nº 92/10. Todos os diretores das instituições e as puérperas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Foram realizadas 23.940 entrevistas hospitalares com puérperas. Foram excluídas da amostra original mulheres de cor da pele amarela ($n = 275$) e indígena ($n = 99$) porque representaram proporção pequena das entrevistadas (1,4%), totalizando 23.523 mulheres. Dessas, 15.688 (66,7%) foram contatadas e entrevistadas por telefone a partir de 45 dias após o parto (o tempo médio entre o parto e a entrevista telefônica foi de 90 dias). Entre os motivos de perdas/recusas, 1.811 mulheres não tinham telefone, 129 se recusaram a responder e o restante foram ligações infrutíferas (mensagem de número inexistente, não existe ninguém no local com esse nome, telefone errado, telefone desligado).

Na Tabela 1, são apresentadas as características da amostra com correção para os pesos amostrais. A maioria das mulheres era de cor da pele parda, da classe social C, com Ensino Médio completo, faixa etária de 20-34 anos e provenientes

da Região Sudeste. Foi encontrado percentual superior de partos com fonte de pagamento público (79,9%) em relação ao privado. O percentual de cesarianas foi de 53,4%, e apenas 19,3% das mulheres tiveram acompanhante durante todos os momentos da internação.

Na Tabela 1, também são apresentados os percentuais dos desfechos estudados nas categorias das covariáveis sociodemográficas e de atendimento ao parto. Os percentuais de mulheres que relataram violência verbal, física ou psicológica foram maiores para as mulheres pardas ou pretas, de menor escolaridade, com idade entre 20 e 34 anos, da Região Nordeste, com parto por via vaginal, que não tiveram acompanhante durante a internação, atendidas no setor público ou que tiveram trabalho de parto. Os percentuais de mulheres que avaliaram os diversos aspectos da relação com os profissionais de saúde como “excelente” foram maiores para as mulheres de cor branca, da classe A/B, com escolaridade superior completo, da Região Sul, submetidas à cesariana, que tiveram acompanhante durante a internação, atendidas no setor privado, e que não passaram pelo trabalho de parto.

Na Tabela 2, são apresentadas as análises para os desfechos “violência verbal, psicológica ou física” durante o atendimento hospitalar; “tempo de espera até ser atendida”, “respeito” e “privacidade”. Na análise ajustada, permaneceram como fatores independentes associados à menor chance de sofrer violência o atendimento na Região Sul, ter acompanhante em todos os momentos da internação ou parto no setor privado, enquanto o trabalho de parto associou-se à maior chance de violência (Tabela 2).

Foram fatores independentes associados à maior satisfação com o tempo de espera pertencer à classe A/B, maiores níveis de escolaridade, idade entre 20 e 34 anos, a idade igual ou superior a 35 anos, partos realizados nas regiões Sudeste, Sul ou Centro-oeste, partos no setor privado e a presença do acompanhante. A cor da pele parda associou-se à menor satisfação com o tempo de espera (Tabela 2).

Em relação ao respeito dos profissionais de saúde ao receber e falar com a parturiente, o único fator independente associado à menor chance de respeito foi ter entrado em trabalho de parto. Foram fatores independentes associados à maior chance de ser tratada com respeito: escolaridade mais elevada, os partos realizados nas regiões Sudeste, Sul ou Centro-oeste, ter acompanhante e fonte de pagamento privado (Tabela 2).

Quanto à privacidade durante a realização dos exames, dois fatores se mostraram associados de forma independente à menor chance: cor da pele parda e trabalho de parto. Foram fa-

Tabela 1

Distribuição das características na amostra, proporções de mulheres que relataram ter sofrido algum tipo de violência e proporções de mulheres que avaliaram como “excelente” o tempo de espera, respeito, privacidade, clareza nas explicações, tempo disponível para fazer perguntas, participação nas decisões, e o atendimento ao parto nas categorias das covariáveis sociodemográficas, tipo de parto, acompanhante na internação, fonte de pagamento do parto e trabalho de parto. Brasil, 2011-2012*.

	Amostra	Violência verbal, psicológica ou física	Tempo de espera até ser atendida	Respeito dos profissionais	Privacidade no trabalho de parto e parto	Clareza nas explicações	Tempo disponível para fazer perguntas	Participação nas decisões	Satisfação com atendimento ao parto
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Cor da pele									
Branca	34,0	5,5	33,0	46,9	47,5	40,3	31,2	35,9	52,7
Preta	8,3	6,6	25,6	39,1	36,6	36,1	26,1	31,5	44,4
Parda	57,6	6,0	26,0	39,2	37,9	33,3	26,6	31,3	43,8
Classe ABIPEME									
D/E	21,5	6,6	21,6	33,2	31,3	29,4	23,3	28,7	38,7
C	54,3	6,3	27,5	41,1	39,4	35,4	27,4	31,7	45,7
A/B	24,2	4,5	36,4	50,8	53,1	42,6	34,0	39,2	56,4
Escolaridade									
Ensino Fundamental incompleto	22,9	6,5	21,8	32,1	30,2	27,7	23,7	28,1	38,0
Ensino Fundamental completo	26,5	5,9	26,3	41,7	38,0	35,5	28,1	34,0	45,5
Ensino Médio completo	41,7	6,0	30,5	44,1	44,6	38,4	28,1	32,6	49,5
Superior completo	9,0	4,3	41,6	56,1	60,5	47,1	39,3	43,5	61,7
Idade (anos)									
12-19	18,6	5,1	24,6	38,1	35,4	34,4	26,0	30,3	44,4
20-34	70,9	6,3	28,7	41,9	41,7	35,6	27,9	37,4	46,9
35 ou mais	10,5	4,6	32,4	47,3	46,8	41,2	33,1	32,9	51,5
Região									
Norte	9,6	6,2	22,4	33,7	30,9	27,3	22,8	28,8	37,9
Nordeste	28,8	7,2	23,6	35,1	33,3	29,6	23,7	29,9	41,6
Sudeste	42,5	5,6	30,3	45,4	45,9	40,2	30,8	34,4	50,5
Sul	12,6	4,3	35,6	49,9	49,0	41,5	33,3	37,4	53,3
Centro-oeste	6,5	5,1	31,1	44,0	43,2	38,1	27,5	33,6	47,9
Tipo de parto									
Vaginal	46,6	6,8	25,2	36,9	34,3	31,7	24,4	28,7	41,7
Cesariana	53,4	5,1	31,1	46,1	46,9	39,7	31,3	36,6	51,4
Acompanhante na internação									
Não	23,6	7,8	24,4	34,3	33,4	29,1	22,7	25,4	38,8
Algum momento	57,0	5,7	28,3	42,8	42,0	37,0	32,9	34,1	48,0
Todos os momentos	19,3	4,1	33,3	47,8	47,4	41,2	28,1	38,6	53,6
Fonte de pagamento do parto									
Público	79,9	6,7	25,6	38,0	36,0	32,9	25,5	30,0	42,7
Privado	20,1	2,5	39,4	57,0	61,2	48,1	38,3	44,4	63,6
Teve Trabalho de parto									
Não	35,1	3,8	32,6	48,5	49,9	41,7	33,2	38,9	54,6
Sim	64,9	7,0	26,1	38,1	36,3	32,9	25,3	29,7	42,8

ABIPEME: Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado.

* Valores ponderados segundo plano amostral.

Tabela 2

Modelos multivariados para os desfechos tempo de espera, respeito e privacidade, ajustados para variáveis sociodemográficas, tipo de parto, fonte de pagamento, região, acompanhante na internação. Brasil 2011-2012.

	Violência verbal, psicológica ou física			Tempo de espera até ser atendida			Respeito dos profissionais			Privacidade no trabalho de parto e parto		
	RC ajustado	IC95%	Valor de p	RC ajustado	IC95%	Valor de p	RC ajustado	IC95%	Valor de p	RC ajustado	IC95%	Valor de p
Cor da pele			0,340			0,031			0,170			0,009
Branca	Referência			Referência			Referência			Referência		
Preta	0,92	0,55-1,55		0,91	0,76-1,10		1,00	0,82-1,21		0,91	0,78-1,06	
Parda	0,88	0,70-1,10		0,92	0,83-1,02		0,97	0,89-1,07		0,92	0,85-1,00	
Classe ABIPEME			0,991			0,036			0,177			0,074
D/E	Referência			Referência			Referência			Referência		
C	1,06	0,79-1,43		1,03	0,91-1,16		1,03	0,94-1,14		1,04	0,93-1,16	
A/B	1,06	0,75-1,48		1,12	0,97-1,29		1,05	0,90-1,22		1,09	0,93-1,27	
Escolaridade			0,345			< 0,001			0,002			< 0,001
Ensino Fundamental incompleto	Referência			Referência			Referência			Referência		
Ensino Fundamental completo	0,96	0,67-1,36		1,05	0,92-1,21		1,23	1,08-1,42		1,15	1,01-1,30	
Ensino Médio completo	1,03	0,76-1,38		1,19	1,06-1,33		1,24	1,09-1,41		1,30	1,15-1,46	
Superior completo	1,26	0,81-1,95		1,40	1,15-1,69		1,41	1,16-1,71		1,60	1,29-1,98	
Idade (anos)			0,085			0,005			0,112			0,562
12-19	Referência			Referência			Referência			Referência		
20-34	1,40	1,02-1,91		1,24	1,00-1,27		1,04	0,92-1,18		0,99	0,89-1,10	
35 ou mais	1,18	0,81-1,70		1,20	1,03-1,40		1,19	1,00-1,42		1,03	0,90-1,19	
Região			0,003			< 0,001			< 0,001			< 0,001
Norte	Referência			Referência			Referência			Referência		
Nordeste	1,24	0,89-1,74		0,95	0,78-1,15		1,02	0,85-1,24		1,16	0,93-1,44	
Sudeste	0,96	0,67-1,38		1,36	1,12-1,64		1,54	1,28-1,87		1,84	1,49-2,28	
Sul	0,72	0,51-1,01		1,58	1,28-1,94		1,78	1,46-2,17		2,06	1,67-2,55	
Centro-oeste	0,81	0,58-1,15		1,40	1,14-1,72		1,44	1,16-1,78		1,72	1,39-2,13	
Tipo de parto			0,246			0,528			0,230			0,002
Vaginal	Referência			Referência			Referência			Referência		
Cesariana	1,16	0,89-1,51		0,98	0,85-1,11		1,09	0,95-1,24		1,16	1,00-1,33	
Acompanhante na internação			0,019			< 0,001			< 0,001			< 0,001
Não	Referência			Referência			Referência			Referência		
Algum momento	0,81	0,63-1,05		1,10	0,99-1,22		1,26	1,10-1,44		1,20	1,07-1,34	
Todos os momentos	0,64	0,43-0,97		1,27	1,11-1,47		1,41	1,18-1,70		1,26	1,05-1,52	
Fonte de pagamento do parto			< 0,001			0,001			< 0,001			0,007
Público	Referência			Referência			Referência			Referência		
Privado	0,41	0,30-0,56		1,33	1,11-1,47		1,58	1,34-1,85		1,89	1,59-2,24	
Teve trabalho de parto			0,001			0,065			0,027			0,053
Não	Referência			Referência			Referência			Referência		
Sim	1,79	1,28-2,52		0,90	0,79-1,03		0,58	0,76-0,99		0,86	0,76-0,97	

ABIPEME: Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado; IC95%: intervalo de 95% de confiança; RC: razão de chance.

Nota: destacados em negrito valor de $p < 0,05$ pelo Teste de Wald.

tores associados à maior privacidade: escolaridade mais elevada, mulheres provenientes das regiões Nordeste, Sudeste, Sul ou Centro-oeste (em comparação com a Norte), cesarianas, ter acompanhante durante a internação e fonte de pagamento privado (Tabela 2).

Na Tabela 3, são apresentadas as análises para os desfechos “clareza nas explicações”, “possibilidade de fazer perguntas” e “participação nas decisões”. Estiveram associados à maior clareza nas explicações o nascimento nas regiões Sudeste ou Sul, ter tido acompanhante em algum ou todos os momentos e fonte de pagamento privado (Tabela 3).

Em relação ao tempo disponível para fazer perguntas, mulheres com mais de 35 anos de idade, da Região Sul, submetidas à cesariana, que tiveram acompanhante em algum ou em todos os momentos, ou que tiveram assistência ao parto com fonte de pagamento privado, relataram mais tempo disponibilizado pelos profissionais para fazer perguntas (Tabela 3).

Quanto à participação nas decisões durante o trabalho de parto e parto, ficaram mais satisfeitas mulheres que tiveram acompanhante em algum ou em todos os momentos da internação e fonte de pagamento privado (Tabela 3).

A Tabela 4 apresenta os resultados dos fatores associados à satisfação geral com o atendimento ao parto. Na análise bivariada, todas as variáveis testadas se associaram significativamente com o desfecho, sendo observada menor chance de satisfação para as mulheres de cor da pele preta ou parda quando comparadas às mulheres brancas, e maiores chances para as de classe social A/B, com escolaridade média completa ou superior, com idade acima de 20 anos, provenientes das regiões Sudeste, Sul ou Centro-oeste. A chance de satisfação também foi significativamente maior, na análise bivariada, para mulheres submetidas à cesariana, que tiveram acompanhante durante a internação e nos partos com fonte de pagamento privado. Ter trabalho de parto associou-se com menor satisfação, assim como o relato de violência. A avaliação satisfatória dos vários aspectos da relação profissional/parturiente se associou à maior satisfação geral com o atendimento ao parto. Na análise múltipla, das variáveis sociodemográficas, apenas a região manteve-se associada ao desfecho. Entre as características do parto, manteve-se associada ao desfecho a fonte de pagamento do parto. Todas as variáveis da relação profissional/parturiente mantiveram-se associadas de forma independente à satisfação geral com o atendimento ao parto no modelo ajustado. O relato de violência se mostrou um fator independente associado à menor satisfação geral com o atendimento ao parto. A avaliação

satisfatória do tempo de espera, respeito, privacidade, clareza nas explicações, tempo disponível para fazer perguntas e participação nas decisões foram todos fatores independentes associados à maior satisfação com o atendimento ao parto.

Discussão

Os resultados mostram que a maior escolaridade, o atendimento na Região Sudeste ou Sul e a presença do acompanhante foram fatores significativamente associados à percepção de menor tempo de espera no atendimento, tratamento com mais respeito por parte dos profissionais de saúde, mais privacidade nos exames e no parto, maior clareza nas explicações e maior possibilidade de fazer perguntas. A cor de pele foi associada à pior avaliação do tempo de espera até ser atendida e menos privacidade nos exames; e o trabalho de parto, por sua vez, associou-se a menores níveis de respeito e privacidade e ao maior relato de violência. A fonte de pagamento privado foi associada ao menor relato de violência, mais respeito, mais privacidade, mais clareza nas explicações, mais possibilidade de fazer perguntas e maior participação nas decisões. Por fim, todos os aspectos da relação profissional de saúde/parturiente foram fatores independentes associados à maior satisfação geral com o atendimento ao parto, enquanto, entre as características sociodemográficas e do parto, a região e a fonte de pagamento permaneceram associadas ao desfecho principal (satisfação com o parto) no modelo final.

Os achados apontam que ser atendida nas regiões mais desenvolvidas com fonte de pagamento privado possibilita maior grau de satisfação e melhor relacionamento com os profissionais, ferindo os princípios de equidade na assistência à saúde. No setor privado, geralmente, o vínculo entre a mulher e o obstetra se estabelece desde o pré-natal, o que pode contribuir para uma experiência de parir com menos ansiedade e com mais apoio da equipe profissional^{17,18}. Em alguns serviços de saúde no Brasil, existe uma cultura discriminatória que considera que no setor público, no qual são atendidas as mulheres com baixa renda e escolaridade, elas não teriam capacidade de entendimento e autonomia para decidir sobre as intervenções no parto. Já as mulheres de maior renda e escolaridade atendidas no setor privado, possuiriam melhores condições de exercer sua autonomia e participar dessas decisões^{19,20,21}. Tal argumento discriminatório, juntamente com a assimetria crucial entre as parturientes e os profissionais de saúde apontada por Boltanski²¹ possibilita que

Tabela 3

Modelos multivariados para os desfechos clareza nas explicações, possibilidade de fazer perguntas e participação nas decisões, ajustado para variáveis sociodemográficas, tipo de parto, fonte de pagamento, região, acompanhante durante o parto e trabalho de parto. Brasil 2011-2012.

	Clareza nas explicações			Tempo disponível para fazer perguntas			Participação nas decisões		
	RC ajustado	IC95%	Valor de p	RC ajustado	IC95%	Valor de p	RC ajustado	IC95%	Valor de p
Cor da pele			0,066			0,225			0,866
Branca	Referência			Referência			Referência		
Preta	1,02	0,85-1,23		1,00	0,86-1,17		1,04	0,97-0,21	
Parda	0,95	0,86-1,04		0,98	0,88-1,08		0,96	0,87-1,06	
Classe ABIPEME			0,966			0,805			0,754
D/E	Ref			Referência			Referência		
C	0,98	0,87-1,11		0,95	0,85-1,07		0,93	0,83-1,05	
A/B	0,94	0,80-1,10		0,92	0,80-1,07		0,94	0,82-1,09	
Escolaridade			0,080			0,235			0,984
Ensino Fundamental incompleto	Referência			Referência			Referência		
Ensino Fundamental completo	1,18	1,03-1,33		1,04	0,92-1,18		1,11	0,96-1,29	
Ensino Médio completo	1,13	1,00-1,29		1,28	0,82-1,44		0,89	0,79-1,00	
Superior completo	1,25	1,06-1,48		1,08	0,96-1,28		0,95	0,78-1,16	
Idade (anos)			0,858			0,007			0,882
12-19	Referência			Referência			Referência		
20-34	0,92	0,82-1,03		1,05	0,93-1,18		1,02	0,90-1,15	
35 ou mais	1,07	0,92-1,25		1,28	1,09-1,49		1,11	0,96-1,29	
Região			< 0,001			< 0,001			0,420
Norte	Referência			Referência			Referência		
Nordeste	1,03	0,81-1,31		1,00	0,82-1,23		1,02	0,82-1,26	
Sudeste	1,60	1,26-2,04		1,44	1,16-1,78		1,20	0,96-1,49	
Sul	1,66	1,31-2,11		1,60	1,28-1,98		1,36	1,09-1,70	
Centro-oeste	1,50	1,45-1,97		1,30	1,04-1,62		1,28	1,03-1,59	
Tipo de parto			0,407			0,030			0,583
Vaginal	Referência			Referência			Referência		
Cesariana	1,06	0,92-1,21		1,12	1,00-1,26		1,10	0,98-1,24	
Acompanhante na internação			< 0,001			< 0,001			0,012
Não	Referência			Referência			Referência		
Algum momento	1,28	1,14-1,44		1,35	1,20-1,51		1,41	1,25-1,59	
Todos os momentos	1,40	1,14-1,73		1,48	1,24-1,77		1,63	1,36-1,95	
Fonte de pagamento do parto			< 0,001			< 0,001			0,004
Público	Referência			Referência			Referência		
Privado	1,52	1,30-1,76		1,55	1,34-1,79		1,58	1,39-1,79	
Teve trabalho de parto			0,080			0,069			0,569
Não	Referência			Referência			Ref		
Sim	0,88	0,75-1,03		0,90	0,79-1,02		0,81	0,72-0,92	

ABIPEME: Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado; IC95%: intervalo de 95% de confiança; RC: razão de chance.

Nota: destacados em negrito valor de p < 0,05 estimados pelo Teste de Wald.

Tabela 4

Razões de chances (RC) brutas e ajustadas para o desfecho satisfação geral com o atendimento ao parto segundo variáveis sociodemográficas, características do parto e relação profissional de saúde/parturiente. Brasil 2011-2012.

	RC bruta *	IC95%	Valor de p	RC ajustado *	IC95%	Valor de p
Variáveis sociodemográficas						
Cor da pele			< 0,001			0,128
Branca	Referência			Referência		
Preta	0,71	0,58-0,88		0,94	0,75-1,18	
Parda	0,70	0,63-0,78		0,93	0,82-1,06	
Classe ABIPEME			< 0,001			0,465
D/E	Referência			Referência		
C	1,25	0,12-1,39		0,91	0,79-1,04	
A/B	1,97	0,172-2,26		0,94	0,80-1,11	
Escolaridade			< 0,001			0,293
Ensino Fundamental incompleto	Referência			Referência		
Ensino Fundamental completo	1,25	1,078-1,46		0,97	0,82-1,37	
Ensino Médio completo	1,52	1,37-1,69		1,07	0,94-1,22	
Superior completo	2,54	2,14-3,013		1,05	0,87-1,29	
Idade (anos)			< 0,001			0,505
12-19	Referência			Referência		
20-34	1,16	1,04-1,29		1,10	0,88-1,62	
35 ou mais	1,43	1,24-1,65		1,10	0,85-1,29	
Região			< 0,001			0,002
Norte	Referência			Referência		
Nordeste	1,16	0,48-1,43		1,12	0,94-1,34	
Sudeste	1,73	1,39-2,16		1,30	1,09-1,56	
Sul	1,99	1,63-2,43		1,34	1,12-1,60	
Centro-oeste	1,54	1,24-1,92		1,20	1,00-1,44	
Características do parto						
Tipo de parto			< 0,001			0,504
Vaginal	Referência			Referência		
Cesariana	1,54	1,38-1,71		1,06	0,89-1,25	
Teve acompanhante na internação			< 0,001			0,092
Não	Referência			Referência		
Algun momento	1,48	1,31-1,66		1,10	0,97-1,25	
Todos os momentos	1,82	1,51-2,18		1,35	0,95-1,29	
Teve trabalho de parto			< 0,001			0,117
Não	Referência			Referência		
Sim	0,59	0,53-0,67		0,9	0,79-1,02	
Fonte de pagamento do parto			< 0,001			< 0,001
Público	Referência			Referência		
Privado	2,46	2,17-2,78		1,35	1,16-1,57	
Relação com profissionais			< 0,001			< 0,001
Sofreu violência verbal, psicológica ou física			< 0,001			< 0,001
Não	Referência			Referência		
Sim	0,07	0,06-0,10		0,12	0,09-0,15	
Tempo de espera até ser atendida			< 0,001			< 0,001
Bom, regular, ruim, péssimo	Referência			Referência		
Excelente	5,28	4,58-6,09		1,98	1,69-2,32	

(continua)

Tabela 4 (continuação)

	RC bruta *	IC95%	Valor de p	RC ajustado *	IC95%	Valor de p
Respeito dos profissionais			< 0,001			< 0,001
Bom, regular, ruim, péssimo	Referência			Referência		
Excelente	7,66	6,95-8,44		2,58	2,27-2,93	
Privacidade no trabalho de parto e parto			< 0,001			< 0,001
Bom, regular, ruim, péssimo	Referência			Referência		
Excelente	7,27	6,62-8,00		2,24	1,97-2,55	
Clareza nas explicações			< 0,001			< 0,001
Bom, regular, ruim, péssimo	Referência			Referência		
Excelente	6,62	5,97-7,34		2,06	1,80-2,34	
Tempo disponível para fazer perguntas			< 0,001			< 0,001
Bom, regular, ruim, péssimo	Referência			Referência		
Excelente	6,47	5,84-7,16		1,80	1,56-2,09	
Participação nas decisões			< 0,001			< 0,001
Bom, regular, ruim, péssimo	Referência			Referência		
Excelente	6,87	6,15-7,66		2,43	2,11-2,79	

Nota: estimadas por regressão logística ordinal com o desfecho "satisfação com o atendimento ao parto" em cinco categorias ("péssimo", "ruim", "regular", "bom", "excelente"); destacados em negrito valor de $p < 0,05$ estimados pelo Teste de Wald.

ABIPEME: Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado; IC95%: intervalo de 95% de confiança; Ref.: referência.

entendamos por que as mulheres nos serviços públicos relatam menor clareza nas explicações, menor abertura a eventuais perguntas feitas, resultando na percepção de menor participação nas decisões. No que diz respeito à violência física, verbal ou psicológica, evidenciou-se que mulheres residentes na Região Nordeste, que tiveram trabalho de parto, ou atendidas no setor público, relataram maior ocorrência de violência, entretanto a presença do acompanhante inibiu de forma significativa esse relato.

Entre as mulheres de cor da pele preta ou parda, também foi verificada menor chance de privacidade durante o atendimento no trabalho de parto e parto e menor satisfação com o tempo de espera, demonstrando que há uma desigualdade social na atenção à saúde para esse grupo de mulheres. A discriminação social na assistência ao parto encontrada em nosso estudo, que pode resultar em maior violência, é confirmada por outros estudos, tais como o de Leal et al.²², que aponta para dois níveis de discriminação: a racial e a educacional, resultando em maior insatisfação das mulheres pardas com o atendimento, independentemente do nível de instrução. Diversos estudos apontam para a importância de se discutir especificamente a questão racial e suas implicações para e nos serviços de saúde^{22,23,24}, seja pela escassez de estudos publicados com a referida temática, seja pela evidente prática discriminatória reproduzida cotidianamente. Mesmo considerando que as diferenças socioeconômicas são causas de desigualdades em saúde, a

cor da pele tem seus efeitos próprios na saúde e, segundo Chor & Lima²⁴, provavelmente está na origem de grande parte dessas desigualdades, fato que merece ser mais bem compreendido e debatido pela comunidade científica.

Existem duas evidências marcantes nos achados, que ocorreram independentemente da fonte de pagamento do parto: a primeira é a maior ocorrência de relatos de violência em mulheres que passaram pelo trabalho de parto e, portanto, estiveram mais tempo em contato com a equipe de saúde, aumentando a percepção sobre aspectos positivos e negativos do atendimento recebido. A mulher que passa pela experiência do trabalho de parto e parto vaginal tem seu corpo explorado e manipulado por mais tempo, fato que associado à histórica naturalização da violência de gênero, a dominação do corpo feminino pela medicina e a acentuada assimetria na relação profissional-usuária, acaba por transformá-la em *não-sujeito*²⁵. Pereira²⁶ aponta a existência de diferenças significativas nas atitudes dos profissionais a depender da natureza do serviço (público ou privado) e situação econômica da mulher. Entretanto, em determinados contextos diferenciados, mulheres reconhecem o trabalho de parto como uma experiência prazerosa e enriquecedora que lhes propicia o protagonismo e a participação no momento de se tornar mãe¹⁸.

A segunda evidência encontrada é o efeito protetor da presença do acompanhante, que pode ter o efeito de inibir excessos e abusos e/ou

estimular uma relação mais cordial por parte da equipe²⁷. Essa prática pode ser especialmente importante para mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Cabe destacar que o direito ao acompanhante, de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, garantido na *Lei nº 11.108/2005*²⁸, ainda não é uma realidade para a maior parte das mulheres, pois neste estudo apenas 19,8% das mulheres tiveram acompanhante em todos os momentos da internação.

A elevada prevalência de satisfação com o atendimento ao parto encontrada neste estudo também foi apontada em diversos estudos nacionais e internacionais^{6,9,11,29,30,31,32}. Cabe destacar que a satisfação é influenciada pela expectativa que as usuárias possuem sobre o atendimento que irão receber, não retratando especificamente a qualidade do serviço⁵. Também há de se considerar que a baixa capacidade de crítica, a aceitação passiva dos usuários com a assistência recebida e o simples fato de ter acesso ao atendimento pode resultar numa avaliação positiva do serviço de saúde³³.

A avaliação muito positiva das mulheres com relação ao respeito, à privacidade e à clareza nas explicações dos profissionais de saúde têm sido apontada por diversos estudos nos quais a satisfação no trabalho de parto e no parto são influenciadas pela percepção do acolhimento e do apoio dos profissionais de saúde que amenizam a ansiedade vivida durante todo o processo^{31,34}.

Outro aspecto relevante é a possibilidade de participação da mulher no processo decisório durante o trabalho de parto, que também foi destacado em vários estudos, demonstrando que o sentimento de não ser informada e não ter tido a oportunidade de participar nas decisões foram associados à insatisfação, apontando o papel central da comunicação entre os profissionais e as usuárias^{10,18,31}. Nesse sentido, a comunicação clara e atenta pode ser um veículo desse reconhecimento “entre sujeitos”, que não apenas esclarece as dúvidas da parturiente (e acompanhante), diminuindo o medo e a tensão característicos do momento, como possibilita maior empoderamento da mulher³². O reconhecimento do outro como sujeito é essencial no cuidado integral e, conseqüentemente, primordial à eficácia técnica e sucesso prático da assistência³⁵.

A associação de forma independente do maior grau de satisfação geral com o atendimento ao parto e menor relato de violência, maior satisfação com o tempo de espera para ser atendida, respeito dos profissionais, privacidade no trabalho de parto e parto, clareza nas explicações, tempo disponível para fazer perguntas e participação nas decisões, está de

acordo com diversos estudos referidos na literatura^{9,10,11,18,32} que apontam para a importância desses fatores, todos componentes da dimensão relacional da assistência, como critérios da avaliação das usuárias.

Entre as limitações deste estudo, estão as perdas seletivas de seguimento, mais frequentes para mulheres de classe social desfavorecida, podendo levar à superestimação dos níveis de satisfação e subestimação das associações encontradas. No entanto, todas as estimativas foram calculadas segundo processo de calibração que levou em conta as perdas seletivas, compensando-as. Outra limitação é que as variáveis utilizadas para mensurar a relação entre profissionais de saúde e parturientes foram autorreferidas, podendo haver variações individuais no significado de cada uma delas, por exemplo, o que é considerado respeito para uma mulher pode não ser percebido da mesma forma por outra. Adicionalmente, a associação entre satisfação e essas variáveis pode refletir a sua subjetividade. Por último, como o instrumento utilizado não permitiu a identificação de mulheres que tiveram parto pago por desembolso direto, é possível que algumas mulheres atendidas em unidades mistas, e que foram classificadas como tendo pagamento público da assistência, tenham pago pela assistência de seu parto. Entretanto, como essas mulheres apresentaram características socioeconômicas muito semelhantes a das mulheres atendidas em unidades públicas, é provável que esse erro de classificação tenha ocorrido em poucos casos. Como se trata de erro de classificação não diferencial em relação aos desfechos estudados, espera-se que tenha ocorrido atenuação da magnitude das associações observadas.

A dimensão nacional e inédita desta pesquisa, assim como sua representatividade segundo estratos geográficos e organizacionais distintos pode ser avaliada como um ponto forte do estudo. A realização das entrevistas fora do ambiente hospitalar também favorece respostas mais sinceras e menos sujeitas ao constrangimento ou medo de represália dos serviços de saúde. Além disso, o tempo decorrido entre a experiência hospitalar e a realização da entrevista por telefone pode ter melhorado a percepção das mulheres sobre alguns aspectos do cuidado³⁶. Segundo Hodnett⁶, a satisfação com o parto pode mudar, tendendo a piorar com o passar do tempo à medida que as mulheres se afastam do “halo” do alívio proporcionado pela sobrevivência dela própria e de seu filho, o que permite uma reavaliação mais crítica da experiência.

Nossos resultados mostram que as variáveis socioeconômicas e demográficas estão associadas às variáveis do nível intermediário, existindo

importantes desigualdades sociais de cor, escolaridade, região e fonte de pagamento na forma como as mulheres são tratadas pelos profissionais de saúde durante a internação para o parto. Também encontramos que apenas as variáveis componentes da dimensão relacional da assistência, a região e a fonte de pagamento se mantêm significativamente associadas à satisfação geral com o parto. Isso significa que as mulheres valorizam muito a forma como são atendidas pelos profissionais e que existem importantes desigualdades de região geográfica e de fonte de pagamento nessas relações. Embora outros aspectos importantes não avaliados neste estudo tais como a ambiência hospitalar, a experiência profissional da equipe, as expectativas das mulheres em relação ao plano assistencial e os desfechos maternos e perinatais desfavoráveis também possam interferir no desfecho, podemos concluir que um importante preditor modificável de satisfação é a atitude dos profissionais durante o acompanhamento do trabalho de parto, que precisa de ser revisto, buscando atender às necessidades das parturientes com mais equidade e dignidade.

A presença do acompanhante, mesmo em frequência muito aquém do esperado, minimiza tais desigualdades e faz que as mulheres tenham melhor percepção sobre o atendimento recebido, uma vez que ocorre maior respeito, privacidade, menos violência, menor tempo de espera, maior clareza nas explicações, maior possibilidade de fazer perguntas e maior participação nas decisões.

Numa perspectiva de equidade, espera-se que o atendimento seja equânime para todas as mulheres, independentemente da fonte de pagamento. Neste estudo, a fonte de pagamento privada esteve associada à menor prevalência de violência, dado também encontrado em outra pesquisa de âmbito nacional ³⁷. Além disso, o pagamento privado também esteve associado a mais respeito, mais privacidade, mais clareza nas explicações, mais possibilidade de fazer perguntas e maior participação nas decisões. Ademais, houve importantes diferenças na assistência recebida por parte de pretas e pardas, classe social D/E, escolaridade mais baixa, região (Norte e Nordeste), tipo de parto (vaginal) e mulheres com trabalho de parto, majoritariamente atendidas no setor público, visto que, no setor privado, a proporção de partos vaginais é muito pequena. Logo, tais associações sugerem que a frequência de partos considerados “típicos” é bastante diferenciada: na assistência pública, o parto vaginal, intervencionista e traumático; na assistência privada, a cesárea eletiva ³⁸. Isso resultaria maior ou menor tempo de exposição, respectivamente, das parturientes aos maus tratamentos cometidos pelos profissionais em uma clara elitização da assistência. Esses dados evidenciam a iniquidade presente em nosso sistema de saúde e a existência de discriminação nos serviços de atendimento a partos – uma realidade que, mais cedo ou mais tarde, o sistema de saúde terá de reconhecer e abordar.

Resumen

El objetivo es identificar los factores asociados con la evaluación de las mujeres sobre la relación entre profesionales de salud y parturientas y cómo estos factores influyen en la satisfacción con la atención al parto. Se trata de un estudio de cohorte hospitalaria, realizado a partir de la investigación Nacer en Brasil. Fueron entrevistadas 15.688 mujeres en el puerperio, por teléfono, de marzo de 2011 a febrero de 2013. Todas las variables evaluadas sobre la relación entre el profesional de salud y parturienta (tiempo de espera, respeto, privacidad, explicaciones claras, posibilidad de hacer preguntas y participación en las decisiones), así como la escolaridad estuvieron asociadas de forma independiente con la satisfacción en la atención al parto, dentro del modelo ajustado. Las mujeres atendidas en las regiones sudeste y sur, en el sector privado y con acompañante, evaluaron mejor la relación con los profesionales de salud. Las mujeres valoran la forma en que son atendidas y se encontraron desigualdades relacionadas con el color, la región geográfica y la financiación de los servicios de atención al parto en estas relaciones.

Satisfacción de Paciente; Evaluación de Servicios de Salud; Parto; Inequidad Social

Colaboradores

E. d'Orsi, O. M. Brüggermann e R. M. S. M. Domingues contribuíram substancialmente para concepção e desenho do estudo, coleta de dados, análise e interpretação de dados, preparação e revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final do manuscrito. C. S. G. Diniz, J. A. Torres e D. Rattner contribuíram substancialmente para concepção e desenho do estudo, coleta de dados, interpretação de dados, preparação e revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final do manuscrito. J. M. Aguiar, C. R. Gusman e A. Angulo-Tuesta colaboraram na coleta de dados, interpretação de dados, preparação e revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final do manuscrito

Agradecimentos

Aos coordenadores regionais e estaduais, supervisores, entrevistadores e equipe técnica do estudo, e às mães participantes que tornaram este estudo possível.

Financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Projeto INOVA); e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj).

Referências

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377:1778-97.
2. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Foco saúde suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2012.
3. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet* 2001; 75 Suppl 1:S5-S23.
4. Dias MAB, Deslandes S. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cad Saúde Pública* 2006; 22: 2647-55.
5. Espiridião M. Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1267-76.
6. Hodnett E. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5 Suppl Nature):S160-72.
7. Lederman E, McCann DS, Work B, Huber MJ. Endogenous plasma epinephrine and norepinephrine in last-trimester pregnancy and labor. *Am J Obstet Gynecol* 1977; 129:5-7.
8. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (2):CD003766.
9. Queiroz M, Jorge M. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. *Texto & Contexto Enferm* 2007; 16:479-87.
10. Brüggermann O, Monticelli M, Furtado C, et al. Filosofia assistencial de uma maternidade-escola: fatores associados à satisfação das mulheres usuárias. *Texto & Contexto Enferm* 2011; 20:658-68.

11. Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 1:S52-S62.
12. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Junior PRB, Szwarcwald CL. Desenho de amostra *Nascer no Brasil*: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl:S49-58.
13. do Carmo Leal M, da Silva AA, Dias MA, da Gama SG, Rattner D, Moreira ME, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health* 2012; 9:15.
14. Ware JE, Hays RD. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Medical care* 1988; 26:393-402.
15. Abreu MNS, Siqueira AL, Caiaffa WT. Regressão logística ordinal em estudos epidemiológicos. *Rev Saúde Pública* 2009; 43:183-94.
16. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26:224-7.
17. Wiklund I, Edman G, Andolf E. Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86:451-6
18. Gama AS, Giffin KM, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, D'Orsi E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:2480-8.
19. Martinho R. Humanização do parto: análise da teoria e implantação do programa em Salvador [Tese de Doutorado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2011.
20. Diniz SG, D'Oliveira AFPL, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reprod Health Matters* 2012; 20:94-101.
21. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. 4ª Ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004.
22. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:1999-2001.
23. Cruz ICF. A sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2004; 38:448-57.
24. Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1586-94.
25. Aguiar J, D'Oliveira A. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface Comun Saúde Educ* 2011; 15:79-91.
26. Pereira WR. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. *Texto & Contexto Enferm* 2004; 13:391-400.
27. Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD, Cecatti JG, Carvalhinho Neto AS. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. *Reprod Health* 2007; 4: 5. <http://www.reproductive-health-journal.com/content/4/1/5> (acessado em 30/Jul/2010).
28. Brasil. Lei nº 11.108. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às 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. *Diário Oficial da União* 2005; 8 abr.
29. Blomquist JL, Quiroz LH, Macmillan D, McCullough A, Handa VL. Mothers' satisfaction with planned vaginal and planned cesarean birth. *Am J Perinatol* 2011; 28 5:383-8
30. Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy Childbirth* 2007; 7:26.
31. Rudman A, El-Khouri B, Waldenström U. Women's satisfaction with intrapartum care – a pattern approach. *J Adv Nurs* 2007; 59:474-87.
32. Bravo VP, Uribe T C, Contreras M A. El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2008; 73:179-84.
33. Vaitsman J, Andrade G. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10:599-613.
34. Gesell SB, Wolosin RJ. Impatients' ratings of care in 5 common clinical conditions. *Qual Manag Health Care* 2004; 13:222-7.
35. Ayres J. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc* 2004; 13:16-29.
36. Kingdon C, Neilson J, Singleton V, Gyte G, Hart A, Gabbay M, et al. Choice and birth method: mixed-method study of caesarean delivery for maternal request. *BJOG* 2009; 116:886-95.
37. Hotimsk SN, Aguiar JM, Venturi G. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras. In: Venturi G, Godinho T, organizadores. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. Uma década de mudanças na opinião pública*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo: Edições Sesc SP; 2013. p. 217-229.
38. Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum* 2009; 19:313-26.

Recebido em 09/Jul/2013
 Versão final reapresentado em 30/Jan/2014
 Aprovado em 17/Fev/2014