

Percepções de profissionais frente à (in) aplicabilidade das políticas na atenção ao parto e nascimento

RESUMO

Objetiva-se analisar as percepções dos profissionais de saúde quanto à aplicação das políticas públicas no cotidiano dos serviços de atenção materno-infantil. Trata-se de pesquisa qualitativa, exploratória-descritiva, realizada em hospital público estadual. Os dados foram coletados através de entrevistas com roteiro semiestruturado com 14 profissionais de saúde. Realizou-se análise temática. Emergiu a categoria: Insatisfações dos profissionais quanto às fragilidades da implementação das políticas no cotidiano da assistência, e seus desdobramentos quanto a questões do pré-natal, Estrutura física, Gestão e Normas e Rotinas. O estudo demonstrou que o aprofundamento nas propostas das práticas baseadas em evidências e promoção às mudanças reais e significantes na atenção ao parto, torna-se necessárias para a eficácia no saber e fazer saúde, promovendo a integração nas ações e formação desse profissional em seu cotidiano.

DESCRITORES: Políticas de Saúde; Assistência ao Parto; Profissionais da Saúde.

ABSTRACT

The aim was to analyze the perceptions of health professionals regarding the application of public policies in the daily routine of maternal and childcare services. This is a qualitative, exploratory-descriptive research carried out in a state public hospital. Data were collected through semi-structured interviews with 14 health professionals. Thematic analysis was carried out. The following category emerged: Professionals' dissatisfaction regarding the weaknesses of the implementation of policies in the day-to-day care, and their consequences regarding prenatal care issues; Physical structure; Management; and Norms and Routines. The study demonstrated that the deepening in the proposals of practices based on evidence and promotion to the real and significant changes in the attention to the childbirth, becomes necessary for the effectiveness in the knowledge and to make health, promoting the integration in the actions and the formation of this professional in its daily life.

KEYWORDS: Nursing; Health Policies; Midwifery; Health Personnel.

RESUMEN

Se pretende analizar las percepciones de los profesionales de salud en cuanto a la aplicación de las políticas públicas en el cotidiano de los servicios de atención materno-infantil. Se trata de una investigación cualitativa, exploratoria-descriptiva, realizada en el Hospital público estatal. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas con guías semiestructurados con 14 profesionales de salud. Se realizó un análisis temático. Se planteó la categoría: Insatisfacciones de los profesionales en cuanto a las fragilidades de la implementación de las políticas en el cotidiano de la asistencia, y sus desdoblamientos en cuanto a cuestiones del prenatal; Estructura física; gestión; y Normas y Rutinas. El estudio demostró que la profundización en las propuestas de las prácticas basadas en evidencias y promoción a los cambios reales y significativos en la atención al parto, se hace necesaria para la eficacia en el saber y hacer salud, promoviendo la integración en las acciones y formación de ese profesional en su cotidiano.

PALABRAS CLAVE: Políticas de Salud; Asistencia al Parto; Profesionales de la Salud.

RECEBIDO EM: 19/06/2019 APROVADO EM: 24/06/2019

Adriana Duarte Gabriel

Mestre em Saúde Materno Infantil, Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil.

Valdecyr Herdy Alves

Doutor em Enfermagem. Professor Titular do Departamento Materno-Infantil e Psiquiátrico da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil.

Audrey Vidal Pereira

Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento Materno-Infantil e Psiquiátrico da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil.

Giovanna Rosário Soanno Marchiori:

Doutoranda em Ciências do Cuidado em Saúde - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil. Mestre em Saúde Materno Infantil, Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil.

Micheliana Rodrigues Duarte

Mestre em Saúde Materno-Infantil, Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Diego pereira Rodrigues

Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará. Belém/Pará, Brasil.

INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária Brasileira constituía-se em proposta de ampla reforma social, articulando lutas sociais com produção de conhecimentos de como enfrentar os obstáculos econômicos, políticos e ideológicos para estabelecer a saúde como um direito social vinculado à cidadania⁽¹⁾. A fim de alcançar a saúde como direito social, o Estado atuou com normas, pactos e tratados resultantes da participação popular em Conferências Nacionais de Saúde e Conselhos de Saúde, criando um novo sistema de saúde unificado e descentralizado, o Sistema Único de Saúde - SUS⁽²⁾.

No caso das Políticas Públicas na área da Saúde da Mulher, pode-se observar um processo de evolução das ações, desde o advento do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, na década de 1980, até a implantação da Rede Cegonha (RC) pelo Ministério da Saúde⁽¹⁻³⁾, em 2011.

Nesse contexto, como ato de resposta ao movimento de mulheres que lutavam por uma atenção humanizada no parto, o governo brasileiro adotou uma série de ações e programas na perspectiva de atender às necessidades das usuárias⁽⁴⁾. A Rede Cegonha (RC) constitui uma etapa da evolução do sistema de saúde organizado em rede de cuidados, que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, assim como concede à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis⁽³⁾.

Tendo em vista os ganhos social, político e histórico que as políticas públicas representam para a saúde no Brasil e, partindo da ideia inicial de que existe por parte dos profissionais um distanciamento entre as políticas de saúde no parto e nascimento e a realidade cotidiana da assistência, amplia-se a iniciativa de procurar entender quais são os motivos que levam a este distanciamento.

Considerando essa observação, questiona-se: O que pode facilitar ou dificultar a aplicação do conteúdo dessas políticas no dia a dia da assistência? Como as políticas voltadas para o parto e nascimento podem ajudar na prática profissional e na organização dos serviços?

O que se observa, ao longo dos anos, é um cenário ainda de transgressão dos direitos sexuais e reprodutivos, intervencionismo com o uso de práticas assistenciais que não são benéficas ao binômio mãe-filho, a exclusão da família e a alienação da mulher⁽⁵⁾. O objetivo desse estudo foi analisar as percepções dos profissionais quanto à aplicação das políticas públicas no cotidiano do serviço de atenção materno-infantil.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa qualitativa, exploratória-descritiva⁽⁶⁾. A pesquisa em questão foi realizada na cidade de Vitória, capital do Estado do Espírito Santo, em maternidade pública de um hospital de grande porte da região, de nível quaternário e alta complexidade, sendo referência na assistência de gestação e parto de alto risco.

Os participantes do estudo foram 15 profissionais de saúde que atenderam aos

seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro envolvido na assistência ao parto; ser médico obstetra; ter vínculo formal com a maternidade e tempo de atuação mínima de seis meses no cenário do parto e nascimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Por exclusão: enfermeiros e médicos sem vínculo formal com a maternidade, estar em gozo de férias, licença médica ou folga prêmio.

Os dados foram coletados de agosto a setembro de 2014, por roteiro de entrevista semiestruturada, individual, com tópicos temáticos referentes à aplicabilidade das políticas no cotidiano da assistência ao parto. Para assegurar o sigilo e o anonimato, os participantes foram identificados como “Enfermeiros” e “Médicos”, e receberam código alfa numérico ENF01... ENF05, e MED01... MED9.

Procedeu-se à análise temática dos dados⁽⁷⁾, com a organização e leitura do material; exploração do material, a aplicação do que foi definida na fase anterior, para viabilizando a organização do seu conteúdo, tendo um rigor metodológico para a aplicabilidade dos planos e objetivos formulados; e tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro (CEP/HUAP) sob CAAE n.º 27324814.3.0000.5243, por meio do Parecer n.º 728.510, emitido em 08 de agosto de 2014, em atenção ao que estabelece a Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

A partir da análise do conteúdo das entrevistas, na modalidade temática, foi possível a identificação da categoria “Insatisfações dos profissionais quanto às fragilidades da implementação das políticas no cotidiano da assistência”. A composição do cenário estudado arranja-se conforme a fala dos profissionais sobre as políticas públicas na atenção ao parto.

Insatisfações dos profissionais quanto às fragilidades da implementação política no cotidiano da assistência

São apresentadas falas que aclaram não só a insatisfação dos profissionais, assim como as fragilidades da política quando observada a sua implantação, a insuficiência local para sua gestão. Foram apontadas questões como estrutura física (incluindo recursos materiais), pré-natal, entre outras questões da gestão local.

Durante a pesquisa, unanimemente, os profissionais apontaram como grande obstáculo para dar continuidade a uma assistência segura, o não cumprimento político quanto à cobertura e qualidade do pré-natal:

“[...] Deficiente, poderia ser bem melhor [...] vem sem cartão, sem pré-natal, é baixa por conta da falta de informação” (ENF01).

“Quando não falta exame, falta consulta, quando tem, está abaixo do que se espera para o ideal. Acho muito baixa a qualidade” (MED05).

Outro ponto importante observado na fala dos profissionais em relação ao pré-natal foi o despreparo das gestantes e do acompanhante para o processo parturitivo, que influi não só na questão da dor, contrações, mas também na dificuldade de conduzi-las nas boas práticas:

“[...] Só que, em relação ao pré-natal ainda é muito deficitário, o sistema não está adequado até hoje [...] eu sou completamente a favor, mas vale registrar que o acompanhante

precisa ser orientado para não descompensar a gestante” (MED03).

“Eu observo que um grande público que é atendido aqui não está preparado para o parto normal. [...] A paciente em si não é bem preparada. [...] Muito bom, mas o preparo deixa tudo a desejar” (MED05).

Nenhum profissional considerou a qualidade ótima, excelente, contudo, referiram-se à assistência pré-natal do município de Vitória próxima do ideal:

“Como aqui é um hospital de referência de alto risco, então a gente sabe que vem para cá ou vem do ambulatório daqui ou vem do pré-natal de alto risco de Vitória. Geralmente elas vêm com as consultas na quantidade mínima estabelecida, exames completos. Pelo menos não presenciei ainda casos diferentes [...] É uma atenção mais qualificada” (ENF04).

“Depende de onde ela veio. Os pré-natais de Vitória são bem feitos, mas os de Vila Velha, não. Regular, pois teria boas de Vitória e ruins de Vila Velha. As de Vitória tem todos os exames direito, são bem orientadas e quem vem de Vila Velha não tem um acompanhamento adequado o que era pra ter 6 acompanhamentos não tem” (MED01).

Outra insatisfação manifestada pelos profissionais foi a incipiente estrutura física no serviço:

“[...] É deficiente de material como a bola, por exemplo, até seria útil, se tivesse... O cavalinho, banheira, mas infelizmente aqui não tem espaço físico, não sei se há verba suficiente para isso... [...], a gente realmente precisa com uma certa urgência do que isso, mas é o nosso projeto, se a gente conseguir fazer uma maternidade de excelência no SUS seria

muito bom, não é?” (MED02).

Um dos pontos referidos pelos profissionais que participaram deste estudo foi a falta de recursos para assistir as pacientes e acolher seus acompanhantes:

“[...] Ainda tem limite: não tenho roupa, é muita gente na sala... faz falta [...] faltam recursos humanos, físicos... É o que vemos aqui, não só aqui [...]” (ENF01).

“[...] Espaço físico, falta de leitos, condições para o acompanhante. Como a gestante deambula com qualidade, senta na bola se os leitos são separados por cortininha? (quando tem). O marido, o acompanhante da outra paciente, vê tudo [...]” (MED01).

Quanto à organização do espaço físico, é um fator que qualifica a assistência oferecida; ademais, entre outros quesitos, é imprescindível dispor de Normas, Protocolos e Rotinas. Durante a entrevista foi questionado aos profissionais a respeito desses documentos, houve divergência entre profissionais sobre a existência de documentos:

“[...] Está em construção. Está aderindo à rede cegonha aqui” (ENF03).

Diante da existência e do acesso aos Protocolos, Normas e Rotinas, todos foram a favor, expressando sua importância para o serviço:

“[...] Quando um serviço adere a uma política, ele estabelece em cima da política a sua rotina de acordo com o espaço físico, dos profissionais, do desenho da rede, então, além da política, é necessário que o serviço tenha suas normas, suas rotinas meio que estabelecidas. Por exemplo: está determinado na Rede Cegonha à implementação da classificação de risco na maternidade, o Colegiado está discutindo como adequar à realidade da maternidade” (ENF04).

“Influencia porque normatiza e organiza o serviço, ainda mais o serviço médico que não é uma ciência exata, é bom ter protocolo; melhora a assistência ao paciente, porque todo dia é um médico diferente, ele vem e vai embora... Todo dia é uma fala diferente, uma opinião diferente, então tem que ter sim” (MED01).

A insatisfação também esteve presente nas falas dos entrevistados em relação à gestão local.

“Conheço os manuais sobre gestação de alto risco, baixo risco; agora é difícil isso chegar para gente, a gente consegue porque vai atrás... Não dá certo uma política de humanização ao parto que não chega até nós” (MED04).

“Acho que as políticas que são aplicadas esquecem justamente ‘da ponta’[...]. Eu nunca recebi uma informação prática, direcionada, sobre como funciona (palestras, cursos). Então, a gente acata o que ouve falar, mas não recebe a informação adequada” (MED08).

DISCUSSÃO

Pré-natal

O pré-natal tem como objetivo central oferecer à gestante o acesso à atenção de qualidade que produza efeitos tanto para a saúde materna, desde o processo gestacional ao puerpério, como um nascimento seguro para criança, de modo a proporcionar-lhe um desenvolvimento saudável⁽⁸⁾.

As falas revelaram o impacto do despreparo das gestantes e respectivas famílias no momento elementar do ciclo gravídico. O pré-natal é o campo onde deve ser promovido o encontro das vivências entre as mulheres e os profissionais, pois a troca de conhecimento e experiências permite a construção de um vínculo que favorece o processo conceutivo⁽⁹⁾.

Consente à ocorrência de ações educativas, não só com as gestantes, mas também com a família que compõe e interage no cenário de maternidade. São sugeridas dinâmicas

onde mulher/família estejam no centro dos objetivos a serem alcançados, e os profissionais assumam o papel de promotores, educadores, desde a atenção básica⁽¹⁰⁾.

De acordo com a literatura, a educação às usuárias facilita a adoção de mudanças e novas práticas ao perceberem que as mulheres desconhecem métodos alternativos para o alívio da dor, pouca informação e oportunidade de tirar dúvidas durante o pré-natal⁽¹¹⁾.

É possível observar, então, que segundo as falas dos atores sociais que estão na linha de frente no atendimento materno-infantil, é indispensável maior intervenção por parte de gestores municipais para obter-se melhor assistência, contribuindo para respostas aos compromissos firmados nacionalmente (gestão compartilhada tripartite – Pacto pela Saúde) e internacionalmente⁽²⁾.

Estrutura Física

A Rede Cegonha é uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis^(2,11). A atenção ao parto e nascimento envolve um dos componentes da Rede, tendo como uma de suas ações a ambiência.

“Ambiência” é aquilo que envolve que cerca; meio físico ou moral⁽¹²⁾. O Regulamento Técnico da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância em Saúde – RDC/ANVISA n.º 36, de 2008, define: ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais, que devem estar relacionados a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana⁽¹²⁾.

A fala do entrevistado ENF01 reafirma algo observado em estudo⁽¹³⁾ realizado em maternidades no Rio de Janeiro, que evidenciou instalações inadequadas: “os serviços de assistência perinatal não ofereciam estrutura que garantisse a maternidade segura”.

A Maternidade Segura, por sua vez, um projeto afirmado como política pública formalizada pelo Brasil em 1995, ditava entre os oito passos para a eficácia da assistência e redução da morbimortalidade materna e infantil, o passo n.º 6 (seis): “ter estrutura adequada ao atendimento materno e peri-

natal”^(14,02). Foi observada a relevância do espaço físico como fator de uma atenção qualificada: “a área física organizada de forma a proporcionar privacidade e comodidade para as parturientes seria uma característica importante de uma assistência ideal”^(12,01).

Mas, na realidade da prática, o trabalhador se depara com inúmeros obstáculos em seu ambiente de trabalho, os quais se caracterizam nos resultados como aspectos que dificultam a aplicação de um cuidado mais humanizado com a saúde do trabalhador que reflete fortemente na qualidade da assistência prestada. Torna-se importante que esse trabalhador tenha condições adequadas para proporcionar um atendimento que vá ao encontro dos ideais de cuidado dos usuários⁽¹⁵⁾.

Disposição de Normas, Protocolos e Rotinas – Gestão Local

O regulamento técnico para funcionamento de serviços obstétricos e neonatais disposto na RDC n.º 36⁽¹²⁾, determina que todos devem “dispor de normas, protocolos e rotinas técnicas escritas e atualizadas, de fácil acesso a toda a equipe de saúde”. A existência e consequente disponibilização à equipe de saúde já estava prevista na Maternidade Segura, compreendida no 4º passo, dentre os oito previstos para normatizar a assistência⁽¹⁴⁾.

A RDC n.º 36⁽¹²⁾ contempla a necessidade de recursos humanos devidamente habilitados para garantir a segurança do parto e do nascimento saudável, prevendo “educação permanente para seus trabalhadores, priorizando o controle, prevenção e eliminação de riscos sanitários, em conformidade com as atividades desenvolvidas”. Além disso, as atividades de educação permanente devem ser registradas, mantidas ao alcance de todos os funcionários, obedecendo a especificações como data, hora e conteúdo⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Dessa forma, o modelo humanista sofre com a influência direta do modelo organizacional, da missão institucional, da aderência e do enfrentamento às propostas da humanização, da capacitação e sensibilização dos profissionais, do despreparo da família, das mudanças no espaço físico e da estrutura inadequada dos serviços^(9,10).

A gestão tem como papel fundamental disponibilizar informações aos profissio-

nais no que tange ao funcionamento do serviço, pois isso é considerado um ato de humanização: oferecer-lhes recursos que facilitem sua atuação⁽¹⁵⁾.

CONCLUSÃO

Há pouca aplicabilidade da política na produção de resultados. Embora, e também reconhecida por alguns profissionais, uma melhora na atenção materna quanto à assistência ao parto, fica explícita a necessidade de maior esforço dos demais gestores municipais em disponibilizar maior acesso aos municípios em atendimento à RC que

os responsabiliza na pactuação de exames, procedimentos e consultas, como também na ambiência a ser oferecida no serviço, motivos de insatisfações dos profissionais.

As políticas públicas de saúde na atenção ao parto e nascimento não influenciam de forma satisfatória o exercício profissional, desde a organização do serviço, com a gestão local dos recursos e das informações políticas até o seu envolvimento político em discutir as necessidades sociais dos usuários do sistema de saúde. Há carência de conhecimento, de entendimento de cunho social, de gestão e de participação dos ocupantes de cargo políticos em responder à pactua-

ção assumida, e necessária implementação de Educação Permanente em Saúde.

Portanto, confirma-se o conhecimento fragmentado dos profissionais sobre políticas públicas na assistência ao parto e nascimento; semelhantemente, há o enfraquecimento do ganho social das políticas de saúde no parto e nascimento diante do seu desconhecimento e o consequente déficit dos direitos dos usuários a uma atenção qualificada e acesso aos profissionais com condições para prestarem seu serviço. O Colegiado é um espaço oportuno para discussão das baixas adesões esplanadas nesse estudo. ■

REFERÊNCIAS

1. Paim JS. Thirty years of the Unified Health System (SUS). *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 11]; 24(6):1723-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
2. Keinert T, Oliveira V. Social participation in health in Brazil: technical-scientific production in the period 1990-2014 and suggestion of a research agenda. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania* [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 13]; 23(75) S.I. Available from: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/view/69716/73719>.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2011; 27 jun
4. Rabelo M, Wolff L, Leal G, Freire M, Souza S, Peripolli L. Management strategies for the implementation of the stork network model at a public maternity in Curitiba. *Cogitare enferm* [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 10]; 22(2). Available from: https://revistas.ufrpr.br/cogitare/article/view/48252/pdf_en.
5. Diniz SG, Salgado SO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, Niy DY. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *J Hum Growth Dev* [Internet]. 2015 [cited 2016 Dec 05]; 25(3): 377-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>.
6. Minayo MCS. The intersection of knowledge between social and human sciences and public health. *Saude soc* [Internet]. 2013 Mar [cited 2019 Feb 19]; 22(1):21-31. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100004&lng=en.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. *Revista e atualizada*. Lisboa (PT): Edições 70; 2011.
8. Silva L, Alves V, Vieira B, Rodrigues D, Santos M., Marchiori G. The humanization of prenatal care under the pregnant women's perspective. *Rev pesqui cuid fundam* (Online) [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 18]; 10(4):1014-9. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6302/pdf>.
9. Progianti JM, Prata JA, Barbosa PM. Healthcare and productive restructuring: effects of increased flexibility on maternity hospitals in the Cegonha Carioca program. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 04]; 23(2):164-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.12540>.
10. Fogaça NR, Ferrari RAP, Gabani FL, Soares NT, Tacla MTGM, Oliveira GS. Operation of prenatal groups: the professionals' perception of primary health care service. *Rev Pesq Qualit*. [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 18]; 5(7):128-42. Available from: <https://ojs.netlink.com.br/index.php/rpq/article/view/75/68>.
11. Pereira SB, Diaz CMG, Backes MTS, Ferreira CLL, Backes DS. Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 19]; 71(Suppl 3):1313-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901313&lng=en.
12. Ministério da Saúde (BR). Orientações para elaboração de projetos arquitetônicos Rede Cegonha: ambientes de atenção ao parto e nascimento. [Internet]. Brasília (DF): 2018 [cited 2019 Feb 19]. Available from: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_projetos_arquitetonicos_rede_cegonha.pdf.
13. Dodou HD, Sousa AAS, Barbosa EMG, Rodrigues DP. Delivery room: working conditions and assistance humanization. *Cad saúde colet* [Internet]. 2017 July [cited 2019 Feb 19]; 25(3):332-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000300332&lng=en.
14. Souza SRRK, Gualda, DMR. The experience of women and their coaches with childbirth in a public maternity hospital. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Set 30]; 25(1):e4080014. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-4080014.pdf>.
15. Silva, ALA, Mendes ACG, Miranda GMD, Souza WV. Quality of care for labor and childbirth in a public hospital network in a Brazilian state capital: patient satisfaction. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 19]; 33(12):e00175116. Available from: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001505003.