



**POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO COMO BASE À
IMPLEMENTAÇÃO REDE CEGONHA: REVISÃO INTEGRATIVA**

**HUMANIZATION POLICY OF LABOR ASSISTANCE BASED ON REDE CEGONHA
IMPLEMENTATION: INTEGRATIVE REVIEW**

**POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA AL PARTO COMO BASE A LA IMPLEMENTACIÓN
REDE CEGONHA: REVISIÓN INTEGRADORA**

Ângela Gilda Alves¹, Cleusa Alves Martins², Fernanda Lima e Silva³, Mídia Saraiva Aderaldo Alexandre⁴,
Camila Isabel Nascimento Correa⁵, Gabriela Camargo Tobias⁶

RESUMO

Objetivo: analisar na literatura a política de humanização de assistência ao parto e nascimento como base à implementação da Rede Cegonha. **Método:** revisão integrativa, com vistas a responder as questões norteadoras << Quais as evidências científicas sobre a política de humanização de assistência ao parto e nascimento como base para implementar a Rede Cegonha? A inserção da terminologia Rede Cegonha, nos DeCS, representa facilidade para evidenciar, na literatura, a abordagem política do parto humanizado? >>. Realizou-se busca da produção científica, entre 2000 e 2015, nas bases de dados LILACS, MEDLINE e biblioteca virtual SCIELO. Para análise dos artigos, buscou-se os núcleos de sentido que compõem o *corpus* de análise das produções científicas. **Resultados:** 18 artigos encontrados, nenhum estudo foi identificado quando se utilizou o descritor “Rede Cegonha”, o qual a partir deste estudo foi inserido nos DeCS. **Conclusão:** evidenciou-se desafios relacionados à implementação da Rede Cegonha que interferem na garantia da assistência de qualidade. **Descritores:** Parto Humanizado; Parto Obstétrico; Enfermagem Materno-Infantil; Cuidado Pré-Natal.

ABSTRACT

Objective: to analyze the humanization policy of childbirth care in the literature, as a basis for the implementation of the Rede Cegonha. **Method:** this is an integrative review, to answer the guiding questions << What is the scientific evidence about the humanization policy of childbirth and birth care as a basis to implement the Rede Cegonha? Does the insertion of the terminology “Rede Cegonha” in DeCS represent an easy way to show the literature on the political approach to humanizing childbirth? >> The search for scientific production, between 2000 and 2015, was carried out in the LILACS, MEDLINE and SCIELO virtual libraries. For the analysis of the articles, it was sought the center of meaning that composes the corpus of scientific analysis productions. **Results:** there were 18 articles found, no study was identified when using the descriptor “Rede Cegonha,” which was inserted in the DeCS from this study. **Conclusion:** there were challenges related to the implementation of the Rede Cegonha that interfered with the guarantee of quality assistance. **Descriptors:** Humanized Birth; Obstetric Delivery; Maternal and Child Nursing; Prenatal Care.

RESUMEN

Objetivo: analizar en la literatura, la política de humanización de asistencia al parto y nacimiento como base a la implementación de la Rede Cegonha. **Método:** revisión integradora, para responder a las preguntas guiadoras << Cuáles son las evidencias científicas sobre la política de humanización de asistencia al parto y nacimiento como base para implementar la Rede Cegonha? La inserción de la terminología Rede Cegonha, en los DeCS, representa facilidad para evidenciar, en la literatura, el enfoque política del parto humanizado? >> Realizada la búsqueda de la producción científica, entre 2000 a 2015, en las bases de datos LILACS, MEDLINE y biblioteca virtual SCIELO. Para análisis de los artículos se buscaron los núcleos de sentido que componen el *corpus* del análisis de producciones científicas. **Resultados:** 18 artículos encontrados, ningún estudio fue identificado cuando se utilizó el descriptor “Rede Cegonha”, el cual a partir de este estudio fue inserido en los DeCS. **Conclusión:** se evidenciaron desafíos relacionados a la implementación de la Rede Cegonha que interfieren en la garantía de la asistencia de calidad. **Descriptores:** Parto Humanizado; Parto Obstétrico; Enfermería Materno-Infantil; El Cuidado Prenatal.

¹Enfermeira, Mestre, Coordenadora da Faculdade de Enfermagem Sul-Americana/FASAN, Goiânia (GO), Brasil. E-mail: angelagildaalves@gmail.com; ²Enfermeira, Doutora, Professora da Faculdade de Enfermagem e Mestrado Profissional Ensino na Saúde da Universidade Federal de Goiás, Goiânia (GO), Brasil. E-mail: cleusa.alves@gmail.com; ³Enfermeira, Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde - FM/UFG, Goiânia (GO), Brasil. E-mail: fernandalima.enf@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Residente de enfermagem, Graduada pela Universidade Federal de Goiás/UFG, Goiânia (GO), Brasil. E-mail: midia.saraiva@yahoo.com.br; ⁵Enfermeira, Residente de enfermagem, Graduada pela Universidade Federal de Goiás/UFG, Goiânia (GO), Brasil. E-mail: camilaincorrea@hotmail.com; ⁶Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás/UFG, Goiânia (GO), Brasil, . E-mail: gabicamargo22@gmail.com

INTRODUÇÃO

A humanização do parto e nascimento visa à redução da morbimortalidade materna e neonatal a partir da superação do modelo tecnocrático pelo humanista, no qual a parturiente é a protagonista no parto, valorizando o processo fisiológico e psicológico da parturição.¹

Em 2011, ocorreu o redesenho na política de saúde da mulher por meio da Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, na qual o Governo Federal instituiu no âmbito do SUS a Rede Cegonha que estabeleceu diretrizes a serem implementadas na assistência à mulher grávida. Dentre seus objetivos, reafirmou o modelo humanizado de atenção ao parto normal e à criança até os dois anos de idade.²

A Rede Cegonha determina que os serviços de saúde adotem práticas seguras na atenção ao parto e nascimento, bem como aumentem a disponibilidade de leitos obstétricos e neonatais. Nesse redesenho estrutural e organizacional a ser implantado de forma gradativa em todo o território nacional, prioriza-se regiões incluídas em critério epidemiológico das altas taxas de cesariana, de mortalidade infantil, razão da mortalidade materna e densidade populacional.²

A Rede Cegonha é composta de quatro componentes principais, quais sejam: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção à criança; e o sistema logístico.² A implementação desse sistema de rede abrange ações desde o pré-natal na Atenção Básica de Saúde, maternidades e hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). As gestantes de risco habitual são acompanhadas em unidades básicas de saúde e quando diagnosticadas intercorrências de risco ou trabalho de parto, recomenda-se o encaminhamento aos serviços de atenção secundária, o que torna mandatório um serviço de regulação eficiente para acolher a demanda da população usuária.³⁻⁵

No Brasil, para atender à grande demanda de usuárias, a inserção do enfermeiro na Rede Cegonha configura-se como fundamental para implementação das ações na atenção básica. A qualidade na assistência ao parto e o trabalho em equipe humanizado favorecem a garantia dos direitos da mulher.⁶

De forma positiva, as informações contribuem para prevenir riscos e complicações no puerpério e alcançar sucesso na amamentação. Dessa forma, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, contribuindo para o empoderamento

da mulher e autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério de forma plena.^{6,7}

OBJETIVO

- Analisar na literatura nacional a política de humanização de assistência ao parto e nascimento como base à implementação da Rede Cegonha.

METODO

Estudo de revisão integrativa, uma ferramenta que sintetiza os resultados de pesquisas anteriores e mostra as conclusões acerca de um fenômeno específico e diversos estudos relacionados às questões norteadoras que orientaram a investigação.⁸

Para o desenvolvimento da revisão, foram realizadas seis etapas: a primeira etapa foi a definição das questões norteadoras da pesquisa; na segunda etapa foram delimitados os critérios de inclusão e exclusão; na terceira etapa foram eleitas as bases de dados e realizada a busca das produções científicas; na quarta etapa foi realizada a análise dos 4 dados; na quinta etapa foi desenvolvida a discussão dos dados; e na sexta etapa foi apresentada a síntese da revisão.

As questões norteadoras do estudo foram: Quais as evidências científicas sobre a política de humanização de assistência ao parto e nascimento como base para implementar a Rede Cegonha? A inserção da terminologia Rede Cegonha, nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), representa facilidade para evidenciar, na literatura, a abordagem política do parto humanizado?

Desse modo, empregaram-se critérios de inclusão: artigos que disponibilizassem o texto completo, artigos com a versão *online* de maneira gratuita, produções nacionais e internacionais, publicados nos idiomas português. O espaço temporal delimitado foram os anos de 2000 a 2015 a fim de retratar a produção científica da atualidade. Foram excluídas teses, dissertações, monografias e artigos que, após leitura do resumo, não convergiam com o objeto do estudo proposto, além das publicações que se repetiram nas bases de dados.

A busca foi realizada por dois revisores, garantindo rigor ao processo de seleção dos artigos nas bases de dados na área da saúde Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System* (MEDLINE) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), no mês de setembro de 2015, com descritores padronizados e disponíveis

nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “parto humanizado” [and] “parto obstétrico” [and] “enfermagem materno-infantil” [and] “cuidado pré-natal”.

Após a leitura dos títulos e resumos, os estudos selecionados foram analisados com auxílio de um instrumento já validado, avaliando-se dados referentes à identificação do artigo original, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico, das intervenções mensuradas e os resultados encontrados nos artigos **do** periódico, autor, estudo e o nível de evidência⁹: 1 - revisões sistemáticas ou metanálise de relevantes ensaios clínicos; 2 - evidências de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; 3 - ensaios clínicos bem delineados sem randomização; 4 - estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; 5 - revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; 6 - evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; 7 - opinião de autoridades ou comitês de especialistas incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas.¹⁰

As seguintes etapas foram estabelecidas após a busca dos artigos: 1) Avaliação dos títulos e resumos. Quando o título e/ou resumo não eram esclarecedores buscava-se o artigo na íntegra, evitando deixar ausentes estudos importantes desta revisão; 2) Leitura na íntegra dos artigos que após a leitura dos resumos obedeceram aos critérios de inclusão.

Na primeira etapa de busca foram encontrados 601 artigos e, após aplicação dos critérios de inclusão com avaliação de títulos e resumos, foram selecionados 68 para leitura dos resumos. Destes, 34 foram escolhidos para leitura na íntegra, o restante foi descartado por abordar temas que não respondiam ao objetivo do estudo. Após a avaliação aprofundada dos textos, 18 artigos foram selecionados para interpretação dos dados na íntegra e apresentação de seus resultados por responderem aos objetivos desta pesquisa.

RESULTADOS

Os resultados evidenciaram que 10 (55,5%) dos títulos das publicações científicas tinham o foco no pré-natal, seis (33,3%) na humanização do parto e nascimento e dois (11,2%) na mortalidade materna ou infantil.

Em relação ao espaço temporal dos estudos, destacaram-se os anos de 2013 e 2010, respectivamente, com 5 (27,8%) e 3 (16,4%) dos achados cada, seguidos pelos ano de 2011, 2012 e 2014 com dois achados (11,1%) e os anos de 2002, 2005, 2006 e 2008 com um artigo (5,5%). Observa-se que a maioria dos artigos (83,3%) apresentou nível de evidência IV; enquanto que 1 (5,5%) foi de revisão, 1 (5,5%) de nível de evidência III; e outro com nível de evidência VI (5,5%), conforme a Figura 1.

	Autores	Título	Revista	Ano	Categoria	Nível de evidência
A1	Cabral FB, Hirt LM, Van der Sand ICP	Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado	Revista Escola Enfermagem USP	2013	Pré-natal	IV
A2	Marques AGB, Záchia A, Schmidt MLS, Heldt E	Características de gestantes atendidas em consulta de enfermagem ambulatorial de pré-natal: comparação de quatro décadas	Revista Gaúcha Enfermagem	2012	Pré-natal	IV
A3	Miranda FJS, Fernandes RAQ	Assistência pré-natal: estudo de três indicadores	Revista de enfermagem UERJ	2010	Pré-natal	IV
A4	Narchi NZ	Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo, Brasil	Revista Escola Enfermagem USP	2010	Pré-natal	IV
A5	Neto Ximenes GFR, Leite JL, Fuly PDSC, Cunha ICKO, Clemente ADS, Dias MSDA, et al.	Qualidade da atenção ao pré-natal na estratégia saúde da família em Sobral, Ceará	Revista Brasileira Enfermagem	2008	Pré-natal	IV
A6	Oliveira RLA, Fonseca CRB, Carvalhaes, MABL, Parada, CMGL	Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva de diferentes modelos na atenção primária	Revista Latino-Americana Enfermagem	2013	Pré-natal	IV

A7	Rodrigues EM, Nascimento RGD, Araújo A	Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família	Revista Escola Enfermagem USP	2011	Pré-natal	IV
A8	Figueiredo FSF, Borges PKO, Paris GF, Alvarez GRS, Zarpellon LD, Pelloso SM.	Gestational attention during early prenatal care: an epidemiological study	Online Brazilian Journal of Nursing	2013	Pré-natal	IV
A9	Carneiro MS, Teixeira E, Silva SÉDD, Carvalho LRD, Silva BAC, Silva LDFL.	Dimensões da saúde materna na perspectiva das representações sociais	Revista Mineira de Enfermagem	2013	Pré-natal	REVISÃO
A10	Pio DAM, de Oliveira MM	Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal	Revista Saúde e Sociedade	2014	Pré-natal	IV
A11	Narchi NZ, Diniz CSG, Azenha CAV, Scheneck CA	Women´s satisfaction with childbirth' experience in different models of care: a descriptive study	Online Brazilian Journal of Nursing	2010	Humanização parto e nascimento	IV
A12	Guida NFB, Lima GPV, Pereira ALDF.	O ambiente de relaxamento para humanização do cuidado ao parto hospitalar	Revista Mineira de Enfermagem	2013	Humanização parto/nascimento	IV
A13	Stancato K, Vergílio MSTG, Bosco CDS.	Avaliação da estrutura e assistência em sala de pré-parto, parto e pós-parto imediato-ppp de um hospital universitário	Revista Ciência Cuidado e Saúde	2011	Humanização parto/nascimento	IV
A14	Marque FC, Dias IMV, Azevedo L	A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	2006	Humanização parto/nascimento	IV
A15	Silva Tarnowski K, Próspero ENS, Elsen I	A participação paterna no processo de humanização do nascimento: uma questão a ser repensada	Texto Contexto Enfermagem	2005	Humanização parto/nascimento	VI
A16	Porto JRR, Luz AMH	Percepções da adolescente sobre a maternidade	Revista Brasileira Enfermagem	2002	Humanização parto/nascimento	IV
A17	Lansky S, Friche AADL, Silva AAMD, Campos D, Bittencourt SDDA, Carvalho MLD, et al.	Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido	Caderno de Saúde Pública	2014	Mortalidade materna/infantil	III
A18	de Faria DR, de Sousa RC, da Costa TDJNM, Leite ICG.	Mortalidade materna em cidade-polo de assistência na região Sudeste: tendência temporal e determinantes sociais	Revista Médica de Minas Gerais	2012	Mortalidade materna/infantil	IV

Figura 1. Artigos encontrados nas bases dados na área da saúde no período de 2000 a 2015. Goiânia (GO), Brasil (2015)

Observou-se que todos os estudos analisados são nacionais. Quanto ao estado de origem, observou-se que a grande maioria das produções é do estado de São Paulo, com um total de cinco artigos (27,8%), sendo que houve uma pesquisa realizada nesse estado concomitantemente com a cidade de Lisboa, em Portugal; seguido por Minas Gerais e Rio Grande do Sul, com três artigos cada (16,4%);

logo após, temos os estados de Ceará, Paraná, Pará, Santa Catarina, Rio de Janeiro, representados por um artigo (5,5%). Tem-se, também, um estudo (5,5%) de abrangência nacional, conforme pode ser observado na Figura 2.

Estados	Artigos
São Paulo	A4 - A6 - A11 - A13 - A14
Minas Gerais	A3 - A7 - A18
Rio de Janeiro	A12
Rio Grande do Sul	A1 - A2 - A16
Paraná	A8
Santa Catarina	A15
Pará	A9
Ceará	A5
São Paulo / Lisboa (Portugal)	A10
Abrangência nacional	A17

Figura 2. Artigos analisados de acordo com o estado de origem. Goiânia (GO), Brasil (2015)

Já em relação aos sujeitos de pesquisa, observou-se que quatro dos artigos (22,2%) tiveram o profissional enfermeiro como objeto de estudo; enquanto que um (5,5%) estudou, além desse profissional, a equipe de enfermagem por completo; já três artigos (16,4%) tiveram como sujeitos de pesquisa as puérperas; dois (11,1%) contaram com a participação das gestantes; e um (5,5%) estudou as parturientes. Além destes, houve a análise de prontuários, em que dois estudos (11,1%) utilizaram essa metodologia; um estudo (5,5%) também usou a análise conjunta

de prontuários com os recursos materiais disponíveis e espaço físico da instituição em estudo; outro estudo relacionou os dados contidos em prontuário e os coletados com a participação das puérperas (5,5%); e outro correlacionou tais dados provenientes dos registros em prontuário com a análise do espaço físico e a participação dos gestores das unidades em estudo (5,5%). Cabe ressaltar que houve um estudo de reflexão e de revisão integrativa da literatura, conforme ilustrado na Figura 3.

Artigos	Objetos de estudo/ Sujeito de pesquisa
Enfermeiro	A4 - A5 - A7 - A12
Equipe de Enfermagem	A14
Gestante	A3 - A10
Parturiente	A8
Puérpera	A1 - A11 - A16
Análise de prontuários	A2 - A18
Análise de prontuários/ puérperas	A17
Análise de prontuários/ recursos materiais e físicos	A13
Análise de prontuários/ espaço físico/ Gestores	A6
Revisão	A9
Estudo reflexivo	A15

Figura 3. Artigos correlacionados com seus sujeitos ou objetos de pesquisas

Na Figura 4, encontra-se representados os objetivos dos estudos analisados e uma breve síntese dos resultados obtidos nos mesmos.

	Objetivos	Resultados
A1	Conhecer a percepção de puérperas sobre atendimento em serviço de pré-natal	Os resultados sinalizam a necessidade de reorganização da atenção no pré-natal e nascimento, sob a lógica da longitudinalidade do cuidado, tanto nos serviços públicos como privados, e de pactuação de ações intersetoriais nos modos de promoção da saúde das mulheres e de fomento à formulação de políticas públicas mais equânimes e positivas na perspectiva da integralidade da atenção.
A2	Identificar as características das gestantes atendidas em consulta de enfermagem no pré-natal realizado por enfermeira obstétrica em consulta ambulatorial e compará-las no período de 1972 a 2009.	Um total de 1245 fichas foi analisado, sendo 208 (16,7%) da década de 1970, 323 (25,9%) de 1980, 329 (26,4%) de 1990 e 385 (30,0%) de 2000. Encontrou-se diferença significativa entre as décadas anteriores com a de 2000, em relação ao número maior de gestações de alto risco, número de consultas de enfermagem e de ecografias realizadas durante o pré-natal.
A3	Avaliar a assistência pré-natal nos serviços de saúde do município de Araguari-MG, utilizando os indicadores: primeira consulta e exames básicos efetuados até 120 dias de gestação e número de consultas.	A estratégia saúde da família (ESF) obteve, em todos os indicadores, melhores resultados que o Centro de Atendimento e Atenção Materno- Infantil (CEAAMI). O indicador primeira consulta realizada até 120 dias alcançou 91,7% na ESF e 88,2% no CEAAMI; o número de exames realizados até 120 dias é maior na ESF que no CEAAMI; houve diferença estatística significativa para os exames de glicemia e toxoplasmose. Na ESF, 92,7% das gestantes realizaram seis consultas ou mais; no CEAAMI, esse indicador atingiu 78,4%.
A4	Analisar o exercício das competências dos enfermeiros para a atenção pré-natal por meio da identificação das atividades que desempenham e	Os resultados mostraram que os enfermeiros não exercem as competências essenciais para a atenção qualificada ao pré-natal devido às barreiras pessoais e institucionais com que se defrontam em seu trabalho. Assim, percebe-se a necessidade de as estruturas públicas de saúde municipais revisarem suas

	sua frequência, bem como dos possíveis obstáculos que encontram.	políticas de modo a garantir a implementação das diretrizes do SUS no que se refere à melhoria da atenção à saúde materno-infantil e à destinação de recursos humanos e financeiros nessa direção.
A5	Avaliar a qualidade da atenção ao pré-natal nos territórios da Estratégia Saúde da Família, do município de Sobral, à luz do referencial teórico de Avedis Donabedian.	Dos quatorze Centros de Saúde investigados, quatro se mostraram com indicadores adequados para o pré-natal. Porém, ainda que existam inadequações na estrutura física, não existem impedimentos para que se ofereça um atendimento de qualidade, haja vista que o processo e os resultados também interferem na qualidade da assistência.
A6	Avaliar a qualidade do cuidado pré-natal desenvolvido na atenção primária, comparando os modelos tradicionais e Estratégia Saúde da Família.	Foram evidenciadas estruturas semelhantes em ambos os modelos de atenção. Indicadores-síntese de processo, criados neste estudo, e os indicados pelas políticas públicas apontaram situação mais favorável nas Unidades de Saúde da Família. Para o conjunto de atividades preconizadas para o pré-natal, o desempenho foi deficiente em ambos os modelos, embora pouco melhor nas Unidades de Saúde da Família.
A7	Conhecer a percepção dos enfermeiros acerca do uso do protocolo de suas atribuições na assistência pré-natal.	Os resultados demonstraram a necessidade de investimentos na formação de pessoal qualificado para o atendimento à mulher no ciclo gravídico- -puerperal, assim como a criação e a incorporação de protocolos que promovam uma melhor interação do trabalho médico e de enfermagem.
A8	Testar a associação entre o início do pré-natal e a realização dos procedimentos recomendados pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e as características das parturientes e dos recém-nascidos.	As características sociodemográficas e obstétricas das parturientes e dos recém-nascidos não estiveram associadas com o início do pré-natal, já a verificação de peso, pressão arterial, prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso e a realização de exames bioquímicos se associaram ao início do pré-natal adequado. Os procedimentos essenciais durante as consultas são realizados inadequadamente, mesmo aqueles considerados simples, trazendo maiores riscos às gestantes e ao recém-nascido.
A9	Identificar as tendências em saúde materna na perspectiva das representações sociais.	Após análise temática de conteúdo das produções, obtiveram-se duas dimensões: a sociomaterna e a sociocuidativa. A dimensão sociomaterna considerou as representações sociais das mulheres sobre gestação, pré-natal, parto normal e cesáreo, amamentação e alojamento conjunto. Os resultados revelaram a necessidade de se explorar o senso comum das mulheres e integrá-los ao científico para que elas desenvolvam com autonomia o cuidado de si e do bebê.
A10	Discutir sobre os alcances e desafios da integralidade do cuidado à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, mediante o relato da experiência com grupos de gestantes formados nas unidades de saúde da Atenção Primária do Brasil e de Portugal.	A análise das experiências indica que os dois grupos podem ser considerados informativos ou educativos, com metodologia e estruturação sob a forma de palestras com temas predefinidos, com reduzida possibilidade de reflexão e empoderamento, devido à forma fragmentada de apresentação, o que pode também denotar diminuída reflexão acerca das mudanças no papel feminino. Conclui-se que a necessidade do cuidado às mulheres, em distintos momentos de suas vidas, pressupõe a contínua luta por uma abordagem ampliada e integral, enfatizando a rede de cuidados e o enfoque na promoção de saúde.
A11	Comparar a satisfação das mulheres com a experiência do parto em três modelos assistenciais.	A comparação entre os resultados referentes à satisfação das mulheres com o atendimento prestado pelos profissionais de saúde, com a qualidade da assistência e os motivos de satisfação e insatisfação, com a indicação ou recomendação dos serviços recebidos, com a sensação de segurança no processo e com as sugestões de melhorias mostrou que o modelo CPHPH foi o melhor avaliado, vindo em seguida o CPNIH e por último o Típico. Conclui-se que o modelo perihospitalar de assistência ao parto deveria receber maior apoio do SUS por se constituir em serviço em que as mulheres se mostram satisfeitas com a atenção recebida.
A12	Descrever os critérios utilizados pelos enfermeiros para indicar o ambiente de relaxamento às parturientes e analisar os significados, para as enfermeiras obstétricas, dos cuidados realizados nesse ambiente.	O presente estudo identificou que o ambiente de relaxamento é utilizado pelas enfermeiras para as parturientes que têm gestações de baixo risco e vivenciam fatores estressantes intrínsecos e extrínsecos durante o trabalho de parto. Os fatores intrínsecos podem ser provocados pelo estado emocional da parturiente, como a dor e a ansiedade. Os fatores extrínsecos são gerados pelo próprio ambiente do pré-parto, que podem causar insegurança, medo, fadiga, entre outros, consequentes à ausência de condições adequadas para o conforto e a privacidade.
A13	Avaliar a infraestrutura física, os recursos materiais, equipamentos e a assistência prestada no PPP de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada-RDC 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância	Os resultados mostram que a infraestrutura física, materiais e equipamentos estão de acordo com a resolução. A assistência foi classificada como boa pela análise dos indicadores: presença de acompanhante, utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, aleitamento e contato imediato mãe-filho no parto. Apesar disso, recomenda-se a atenção da equipe para a permanência da parturiente nos

	Sanitária - ANVISA.	três períodos do parto em PPP e para o aleitamento e contato imediato do recém-nascido com a mãe, já que esse CO terá somente salas de PPP.
A14	Discutir a percepção da equipe de enfermagem sobre a humanização do parto e nascimento.	Através dos depoimentos dos profissionais de enfermagem, observou-se uma visão diferenciada sobre humanização do parto e nascimento. Enquanto as profissionais da maternidade enfocam a questão da humanização somente sobre o aspecto de não utilizar drogas ou fazer intervenções na hora do parto, as profissionais da casa de parto colocam em foco a questão do respeito pela mulher, estabelecendo uma assistência centrada nas suas vontades e escolhas.
A15	Visa uma reflexão acerca do processo da participação paterna no momento do parto.	É oportuno discutir um pouco mais a questão do envolvimento paterno no processo do nascimento e no contexto familiar em face da dimensão que essa temática tem adquirido nos últimos tempos, principalmente em virtude das mudanças que vêm se processando no mundo moderno no que se refere à transmissão da violência. A criança que possui um pai violento ou negligente constrói uma visão de mundo imprevisível e não gratificante. Os homens, sejam adultos ou adolescentes, precisam ser incluídos nos trabalhos desenvolvidos.
A16	Conhecer as percepções da mãe adolescente sobre a maternidade nesta etapa da vida; conhecer a percepção das adolescentes sobre o atendimento de saúde prestado pela equipe hospitalar; e conhecer o modo como gostariam de ser cuidadas no período de maternidade.	Quanto à percepção das adolescentes sobre o atendimento de saúde prestado pela equipe hospitalar, todas se mostraram satisfeitas com a assistência perinatal realizada. Como a maioria das participantes está vivenciando a internação hospitalar pela primeira vez, o modo encontrado para classificar o atendimento prestado pela instituição foi através da comparação com outros hospitais, nos quais foram atendidas durante a gestação, apontando aspectos positivos do atendimento do hospital onde realizaram o parto.
A17	Foi analisar o perfil dos óbitos neonatais identificados na pesquisa nacional Nascer no Brasil e os fatores associados, considerando-se os aspectos contextuais socioeconômicos e demográficos, as características da estante e do recém-nascido e o processo assistencial no pré-natal, no parto e nascimento.	A taxa de mortalidade foi 11,1 por mil; maior nas regiões Norte e Nordeste e nas classes sociais mais baixas. O baixo peso ao nascer, o risco gestacional e condições do recém-nascido foram os principais fatores associados ao óbito neonatal. A inadequação do pré-natal e da atenção ao parto indicou qualidade não satisfatória da assistência. A peregrinação de gestantes para o parto e o nascimento de crianças com peso < 1.500g em hospital sem UTI neonatal demonstraram lacunas na organização da rede de saúde. Óbitos de recém-nascidos a termo por asfixia intraparto e por prematuridade tardia expressam a evitabilidade dos óbitos.
A18	Analisar, a partir dos dados do Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna de Juiz de Fora, os determinantes sociais envolvidos nesse evento, o perfil reprodutivo dessas mulheres, a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde.	A Razão de Mortalidade Materna (RMM) média entre 1996 e 2001 foi de 98,5 por 100.000 nascidos vivos, passando nos seis anos seguintes (2002 a 2007) para 77,8 por 100.000 nascidos vivos. Foi encontrada associação entre número de consultas pré-natais e cor (p=0,02) e também correlação (r=0,90, p-valor=0,01) entre áreas de exclusão social e número de óbitos maternos.

Figura 4. Objetivos gerais dos artigos e seus resultados. Goiânia (GO), Brasil (2015)

Neste estudo, durante a busca dos artigos, não se identificou nenhum estudo quando se utilizou o descritor “Rede Cegonha”, então, enviou-se via *e-mail* à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) a sugestão para inserção desse termo nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) por representar facilidade para evidenciar, na literatura, considerando que no país, a partir de 2011, identifica-se Rede Cegonha como política pública de saúde à mulher e tendo em vista a ocorrência de vários estudos, especificamente na temática assistência ao parto humanizado.

Em atendimento à nossa solicitação, em 29 de outubro de 2015, o Serviço de Apoio ao Usuário DeCS Terminologias e Classificações em Saúde BIREME/OPAS/OMS informou que a sugestão foi avaliada e a decisão foi incluir nos DeCS o termo Rede Cegonha como sinônimo do descritor: Serviços de Saúde

Materno-Infantil. A inserção se justifica na medida em que o uso sistemático dessa ferramenta de busca possibilita ampliar o conhecimento na área da mulher, especialmente na assistência obstétrica.

DISCUSSÃO

A discussão será apresentada por meio de categorias analíticas que surgiram após a leitura atenta dos artigos e análise descritiva dos resultados.

Pré-Natal

Um estudo quanto à assistência ao pré-natal na ótica de puérperas revela diversas situações de vulnerabilidade, com implicações no modelo organizacional dos serviços de saúde, evidenciou pouca articulação da atenção no período gravídico-puerperal, com fragmentação do cuidado e fragilidades no que se refere à integralidade e humanização.

Predominância do modelo intervencionista com procedimentos desnecessários e uso indiscriminado de tecnologias, legitimada pela linguagem e pelo discurso biomédico.¹¹

Quanto às características das gestantes atendidas em consultas de enfermagem no pré-natal, comparadas entre os anos de 1972 e 2009, por meio da análise de fichas obstétricas, constatou-se que o número de consultas de enfermagem no pré-natal teve aumento significativo na década de 2000, assim como o número de ultrassonografias solicitadas, partos sem episiotomia e cesáreas. Entretanto, as autoras ressaltaram que esse aumento na quantidade de cesarianas é justificado devido ao local de pesquisa ser um hospital universitário, que recebe gestações de alto risco. Salientaram que, por ser uma instituição de ensino, foi observado que ainda mantém o modelo intervencionista de assistência obstétrica.¹²

Com relação à avaliação dos indicadores de qualidade pré-natal, um estudo descritivo exploratório em um município mineiro apontou que a atenção ao pré-natal na Estratégia de Saúde da Família apresentou qualificação superior quando comparada a uma unidade terciária de atendimento materno-infantil. Entretanto, os autores revelaram que é necessário aumentar essa modalidade de cuidado, pois a cobertura atende apenas 40% da população do município em estudado.¹³

Outro estudo quantitativo descritivo-exploratório analisou a assistência de enfermagem no pré-natal, na Zona Leste de São Paulo, e identificou que os enfermeiros na unidade vivenciam dificuldades institucionais e pessoais no desenvolvimento de habilidades essenciais ao cuidado. Essa situação afeta a implementação efetiva de programas já inscritos no SUS, como a Rede Cegonha, e compromete a qualidade do cuidado oferecido.¹⁴

Um estudo realizado no Ceará verificou que os Centros de Saúde da Família do município contam com a atuação efetiva do enfermeiro na assistência pré-natal. Entretanto, registrou dificuldades quanto à indisponibilidade de recursos financeiros suficientes para infraestrutura de qualidade como pias, biombos, consultórios, espaços destinados às atividades de educação em saúde e EPIs. Constatou-se ainda pequena disponibilidade de outros insumos para a prestação dos cuidados, acesso a exames laboratoriais fundamentais no pré-natal, como a urocultura com antibiograma, proteinúria e teste anti-HIV. Vale ressaltar que dos quatro Centros de Saúde da Família avaliados, um deles não

contava com estrutura física adequada, evidenciando que os desafios relacionados à ambiência não impedem que haja um cuidado de qualidade.¹⁵

Sendo assim, infere-se que recursos materiais e estrutura física adequada são importantes para o alcance dos objetivos do pré-natal e proporcionam assistência de qualidade às usuárias do serviço. E, por isso, o espaço físico é visto como um mecanismo facilitador da assistência e dessa forma garante um atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

Outro estudo demonstrou que, nas unidades de atenção básica, aquelas que incorporaram à ESF apresentaram melhores resultados quanto à qualidade do pré-natal realizado em comparação às unidades de atenção básica, sendo o médico o principal agente no processo. Já na ESF a atuação da enfermeira se destaca com autonomia, de modo que a atenção ao pré-natal se configura como ação conjunta das duas categorias profissionais.¹⁶

Outro estudo que buscou conhecer a percepção dos enfermeiros acerca do uso do protocolo adotado na unidade básica de saúde evidenciou que os profissionais executam as ações preconizadas como forma de proporcionar segurança no exercício de suas funções, uma vez que normatiza e respalda a atuação de enfermagem nesse contexto. Quanto às dificuldades, os profissionais apontaram a falta de capacitação para o desenvolvimento das habilidades, falta do trabalho em equipe, especialmente de cooperação entre assistência médica e de enfermagem no contexto do pré-natal. Também foi relatada grande resistência do profissional médico na adesão ao protocolo, que estabelece a atuação de enfermagem.¹⁷

Um estudo epidemiológico que analisou a atenção gestacional conforme o início do pré-natal demonstrou que 57% das usuárias iniciaram o pré-natal a partir do 4º mês de gestação. Os fatores relacionados são a escolaridade, intenção da gravidez e situação socioeconômica. Outro achado, apesar de haver predominância para realizar partos vaginais, observou-se, ainda, grande incidência de cesarianas, sendo de 37% a taxa de procedimentos, e o preconizado pelo PHPN e OMS é que esta taxa esteja entre 5 e 15%, estando diretamente relacionada ao início tardio do pré-natal. Ressaltaram que o início precoce do pré-natal é significativo para a redução dos índices de morbimortalidade maternas e infantis.¹⁸

Os estudos mostraram que a assistência pré-natal desenvolvida nas Unidades Básicas

Alves ÂG, Martins CA, Lima e Silva F et al.

de Saúde está em conformidade com o Programa de Humanização do Pré-natal Parto e Nascimento e que foi preconizada pela Rede Cegonha.

Desse modo, um estudo que buscou analisar as dimensões da saúde materna a partir de suas representações sociais demonstrou que o pré-natal, parto normal, cesárea e amamentação estão condicionados às experiências cotidianas das mulheres e sofrem influência da mídia e da família, o que se reflete na ação passiva das mulheres e na dificuldade em realizar seu cuidado próprio e do filho com autonomia. Assim, o estudo evidenciou a necessidade de mudanças no cuidado pré-natal, no sentido de rever as estratégias das ações educativas, com ênfase nas necessidades individuais das usuárias, por meio do diálogo, esclarecimento de dúvidas, quebra de mitos e transmissão de novos saberes no sentido de promover o empoderamento e autonomia dessa usuária.¹⁹

Identificou-se, ainda, que uma pequena parcela dos profissionais tem preocupação com a humanização do cuidado, de modo que as representações sociais sobre o pré-natal, parto, amamentação e alojamento conjunto, do ponto de vista dos profissionais, são pautados nos aspectos biológicos e intervencionistas. Também é imperativo a implementação da educação permanente aos profissionais para o desenvolvimento da práxis profissional.¹⁹

Do ponto de vista das tendências internacionais, um estudo traz uma análise comparada entre os modelos assistenciais referentes à integralidade do cuidado à saúde materna adotados, no Brasil e em Portugal, a partir da vivência dos autores em ambos os contextos e da observação de dois grupos de gestantes, um em cada país. Foi observado que em ambos os países predominou a metodologia passiva de ensino, com pequena reflexão dos assuntos abordados, em decorrência da predefinição dos temas a serem abordados sem levar em conta as necessidades advindas das usuárias e do número limitado de reuniões, prejudicando a contribuição para o empoderamento das gestantes.²⁰

Humanização do parto e nascimento

Um estudo comparou a satisfação das mulheres acerca do parto em casas de parto, centro de parto normal intra-hospitalar e em centros obstétricos tradicionais e verificou que a satisfação foi maior nas puérperas que vivenciaram esse momento em casas de parto. Isso por se tratar do modelo menos intervencionista, com participação ativa da

Política de humanização da assistência ao parto...

usuária, bem como presença de acompanhante.²¹

Acerca de uma unidade de saúde específica que instituiu um ambiente de relaxamento destinado às parturientes em trabalho de parto, uma pesquisa identificou que as enfermeiras obstetras, responsáveis por esse serviço, compreendem esse cuidado como importante para a humanização do processo de parturição.²²

Outro estudo buscou verificar a adequação quanto à estrutura e assistência oferecida em sala de pré-parto, parto e pós-parto imediato e demonstrou que há irregularidades quanto à estrutura física, recursos materiais e equipamentos, mas que não houve influência negativa para o cuidado prestado, uma vez que foi avaliado como “bom” pelos autores.²³

Tal fato enfatiza o que já foi discutido quanto à importância da atuação dos profissionais em detrimento da consonância da ambiência e dos insumos disponibilizados.

Um estudo verificou que os profissionais enfermeiros atuantes nas maternidades apresentaram uma visão de humanização do processo gravídico-puerperal estrita, com foco apenas na não utilização de drogas e evitar intervenções desnecessárias na hora do parto; enquanto que os profissionais atuantes em casas de parto demonstraram uma preocupação com o respeito pela parturiente, uma assistência centrada nas suas vontades e escolhas da usuária. Os autores atribuem os achados ao fato de que o enfermeiro ocupa posição passiva na assistência ao parto institucionalizado, enquanto que, no contexto das casas de parto, possuem autonomia durante todo o período gravídico-puerperal.²⁴

Outro aspecto importante da humanização no processo de parturição foi abordado em uma pesquisa acerca da importância da participação do pai nesse processo e concluíram que a inclusão da figura paterna contribui para a humanização do cuidado.²⁵

Nota-se que muitas vezes esse direito não é colocado em prática pelo pleno desconhecimento por parte da parturiente que não foi devidamente informada por ocasião do pré-natal. Esse é o momento na gestação para solucionar dúvidas, esclarecer julgamentos e anular os anseios da gestante, garantindo-lhe a explanação de todas as vantagens a ela asseguradas.

Um estudo que analisou a complexidade da maternidade na adolescência verificou que é possível alcançar uma assistência humanizada e individualizada a partir da satisfação das gestantes adolescentes relacionada ao cuidado diferenciado. Relataram que foram

adequadamente orientadas e que perceberam a preocupação dos profissionais em aliviar seu sofrimento durante o trabalho de parto, reafirmando que a técnica sem um olhar humanizado está distante da concepção de atendimento em saúde desejado pelas usuárias.²⁶

A humanização da assistência ao período gravídico e puerperal é vantajosa para mãe-filho, tanto do ponto de vista da redução das taxas de morbimortalidade quanto do ponto de vista do respeito, da dignidade e satisfação das usuárias. Ainda assim, não houve adesão da Rede Cegonha em sua totalidade e em todas as localidades do país, especialmente sob forma de realização do parto em ambientes peri-hospitalares, de modo que as casas de parto se constituem como exceção à realidade brasileira. Contudo, é possível encontrar medidas emergenciais que buscam aproximar a assistência ao que é preconizado pelas políticas públicas.

Mortalidade materna e neonatal - avaliação da assistência

Um estudo que analisa o perfil dos óbitos neonatais, no Brasil, demonstrou que a prematuridade associada ao baixo peso ao nascer, seguida por malformações congênitas são a principal causa de óbitos neonatais. Associando-se tal fato com o aumento da prematuridade, observado durante o estudo, evidenciou-se a importância do pré-natal, especialmente por suas ações de prevenção através do controle das infecções congênitas e dos riscos na gravidez, e prevenção da prematuridade iatrogênica, principalmente, que está relacionada à interrupção indevida da gestação. A adoção de Rede Cegonha já apresenta resultados positivos e expressivos quanto à redução de óbitos evitáveis, embora ainda não esteja efetivada e amplamente em vigor no território nacional.²⁷

Além da satisfação das puérperas quanto ao cuidado humanizado, ressalta-se maior segurança e redução das taxas de mortalidade infantil, pois a asfixia intraparto é outra causa de óbito neonatal evitável e frequente e está interligada à atenção ao trabalho de parto e nascimento, envolvendo medidas que vão desde a prevenção dos problemas relacionados à hipóxia intraútero, no pré-natal, até a erradicação do atraso das intervenções adequadas dentro dos serviços de saúde, o que poderia evitar 36% das mortes relacionadas ao trabalho de parto.²⁷

Verificou-se, ainda, que há falhas graves na assistência ao processo parturitivo, relacionadas a não adesão às boas práticas no trabalho de parto e parto, preconizadas pela

OMS, ao uso do partograma, à posição verticalizada no pré-parto e realização de intervenções desnecessárias e/ou não recomendadas pela literatura, como a manobra de Kristeller, posição litotômica no parto, uso abusivo de ocitócito, imobilização no leito, dentre outras.²⁷

Um estudo que analisou os determinantes sociais envolvidos na maternidade observou que o número de consultas de pré-natal está relacionado à taxa de mortalidade materna. Além disso, a maioria dos óbitos maternos identificados foi do tipo obstétrico direto, aqueles que são decorrentes de complicações obstétricas durante o ciclo gravídico-puerperal, e em sua maioria são evitáveis, o que remete à necessidade da garantia de uma atenção integral e de qualidade à mulher.²⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo ficou evidenciada a implementação da Rede Cegonha que representa como desafios a política de assistência humanizada à mulher no período gravídico puerperal: ações de educação à gestante, falta orientação quanto aos direitos da gestante, a estrutura física/ambiência inadequada que dificulta a participação do acompanhante no processo de parturição e a qualidade da assistência, o funcionamento do sistema de rede é incipiente, o que pode contribuir para o estresse profissional interferindo na garantia da assistência de qualidade em todo o período gravídico-puerperal da usuária do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto: pré-natal e nascimento. Brasília; 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília; 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Prático para a Implementação da Rede Cegonha. Brasília; 2011.
4. Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 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. Brasília; 2005.
5. Santos AL, Radovanovic CAT, Marcon, SL. Assistência pré-natal: Satisfação e

expectativas. Rev RENE [Internet]. 2010 [cited 2015 Sept 09];11(1):61-71. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/edicao/especial/a07v11esp_n4.pdf

6. Oliveira FAM de, Leal GC, Wolff LDG, Rabelo M, Poliquesi CB. Reflexões acerca da atuação do enfermeiro na rede cegonha. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2016 [cited 2016 June 09];10(2):867-74. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revista/enfermagem/index.php/revista/article/view/7424/pdf_9752

7. Pessoa IN, Menezes ED. Percepção de puérperas sobre assistência de enfermagem na gravidez. Ciênc Cuid Saúde [Internet]. 2009 [cited 2015 Sept 09];8(2):236-241. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CienCuidSaude/article/viewFile/8204/4596>

8. Crossetti MDGO. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2012 [cited 2015 Sept 09];33(2):8-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/01.pdf>

9. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best 20 practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005 [Internet]. 2006 [cited 2015 Aug 3];3-24. Available from: http://download.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/PermaLink/NCNJ/A/NCNJ_546156_2010_08_23_SADFJO_165_SDC216.pdf

10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto context-enferm [Internet]. 2008 Oct/Dec [cited 2015 Oct 20];17(4):758-64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018.

11. Cabral FB, Hirt LM, Van der Sand ICP. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013 [cited 2015 Sept 09];47(2):281-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/02.pdf>

12. Marques AGB, Záchia A, Schmidt MLS, Heldt E. Características de gestantes atendidas em consulta de enfermagem ambulatorial de pré-natal: comparação de quatro décadas. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2012 [cited 2015 Sept 09];33(4):41-7. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/05.pdf>

13. Miranda FJS, Fernandes RAQ. Assistência pré-natal: estudo de três indicadores. Rev enferm UERJ [Internet]. 2010 [cited 2015 Sept 09];18(2):179-84. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a03.pdf>

14. Narchi NZ. Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo, Brasil. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2015 Sept 09];44(2):266-73. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/04.pdf>

15. Neto Ximenes GFR, Leite JL, Fuly PDSC, Cunha ICKO, Clemente ADS, Dias MSDA, et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na estratégia saúde da família em Sobral, Ceará. Rev Bras Enferm [Internet]. 2008 [cited 2015 Sept 09];61(5):595-602. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a11v61n5.pdf>

16. Oliveira RLA, Fonseca CRB, Carvalhaes, MABL, Parada, CMGL. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva de diferentes modelos na atenção primária. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2013 [cited 2015 Sept 09]; 21, 546-553. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/75956>

17. Rodrigues EM, Nascimento RGD, Araújo A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2015 Sept 09];45(5):1041-7. Available from: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0080-62342011000500002&pid=S0080-62342011000500002&pdf_path=reeusp/v45n5/v45n5a02.pdf&lang=pt

18. Figueiredo FSF, Borges PKO, Paris GF, Alvarez GRS, Zarpellon LD, Pelloso SM. Gestational attention during early prenatal care: an epidemiological study. Online Braz J Nurs [Internet]. 2013 Dec [cited 2015 Sept 09]; 12 (4): 794-804. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4259>. <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134259>

19. Carneiro MS, Teixeira E, Silva SÉDD, Carvalho LRD, Silva BAC, Silva LDFL. Dimensões da saúde materna na perspectiva das representações sociais. REME rev min enferm [Internet]. 2013 [cited 2015 Sept 09];17(2):446-61. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/662>

Alves ÂG, Martins CA, Lima e Silva F et al.

Política de humanização da assistência ao parto...

20. Pio DAM, de Oliveira MM. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. *Saúde Soc* [Internet]. 2014 [cited 2015 Sept 09];23(1):313-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00313.pdf>
21. Narchi NZ, Diniz CSG, Azenha CAV, Scheneck CA. Women's satisfaction with childbirth' experience in different models of care: a descriptive study. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2010 Nov [cited 2015 Sept 09];9(2):1-5. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3102>
22. Guida NFB, Lima GPV, Pereira ALDF. O ambiente de relaxamento para humanização do cuidado ao parto hospitalar. *REME rev min enferm* [Internet]. 2013 [cited 2015 Sept 09];17(3):531-7. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/670>
23. Stancato K, Vergílio MSTG, Bosco CDS. Avaliação da estrutura e assistência em sala de pré-parto, parto e pós-parto imediato de um hospital universitário. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2011 [cited 2015 Sept 09];10(3):541-8. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/12656>
24. Marque FC, Dias IMV, Azevedo L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2006 [cited 2015 June 09];10(3):439-47. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a12>
25. Tarnowski KS, Próspero ENS, Elsen I. A participação paterna no processo de humanização do nascimento: uma questão a ser repensada. *Texto contexto-enferm* [Internet]. 2005 [cited 2015 Sept 09];14:103-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14nspe/a12v14nspe.pdf>
26. Porto JRR, Luz AMH. Percepções da adolescente sobre a maternidade. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2002 [cited 2015 June 09];55(4):384-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v55n4/v55n4a05.pdf>
27. Lansky S, Friche AADL, Silva AAMD, Campos D, Bittencourt SDDA, Carvalho MLD, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2015 Sept 09];30(1):192-207. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>
28. de Faria DR, de Sousa RC, da Costa TDJNM, Leite ICG. Mortalidade materna em cidade-polo de assistência na região Sudeste: tendência temporal e determinantes sociais. *Rev Med Minas Gerais* [Internet]. 2012 [cited 2015 Sept 09];22(1):1-128. Available from: <http://www.rmmg.org/Sumario/15>

Submissão: 26/07/2016

Aceito: 22/12/2016

Publicado: 15/01/2017

Correspondência

Ângela Gilda Alves

Coordenadora da Faculdade de Enfermagem

Faculdade Sul-Americana-FASAM

Br 153 KM 502 Jardim da Luz

CEP: 74850-370 – Goiânia (GO), Brasil