

SIGNIFICADOS E EXPERIÊNCIAS DE MULHERES QUE VIVENCIARAM O PARTO HUMANIZADO HOSPITALAR ASSISTIDO POR ENFERMEIRA OBSTÉTRICA

MEANINGS AND EXPERIENCES OF WOMEN WHO EXPERIENCED THE HOSPITAL HUMANIZED BIRTH LABOR ASSISTED BY AN OBSTETRIC NURSE

SIGNIFICADOS Y EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES QUE EXPERIMENTARON EL PARTO HUMANIZADO DEL HOSPITAL ASISTIDAS POR UNA ENFERMERA OBSTÉTRICA

Maria Aparecida Baggio¹
Fernanda de Castro Pereira²
Maycon Hoffmann Cheffer³
Gicelle Galvan Machineski⁴
Alessandra Crystian Engles dos Reis⁵

Como citar este artigo: Baggio MA, Pereira FC, Cheffer MH, Machineski GG, Reis ACE. Significados e experiências de mulheres que vivenciaram o parto humanizado hospitalar assistido por enfermeira obstétrica. Rev baiana enferm. 2021;35:e42620.

Objetivo: compreender os significados e as experiências de mulheres que vivenciaram o processo de parto humanizado hospitalar assistido por enfermeira obstétrica e a motivação para essa escolha. **Método:** estudo qualitativo com 12 mulheres, por meio de entrevistas semiestruturadas, após 60 dias do parto. A análise temática de conteúdo guiou a análise dos dados. **Resultados:** emergiram quatro categorias: motivações para o parto humanizado hospitalar assistido por enfermeira obstétrica; experiência e significados atribuídos ao parto; experiência e significados atribuídos à participação do companheiro e outras pessoas da escolha da mulher; experiência e significados atribuídos aos profissionais. **Considerações finais:** a experiência do parto foi considerada única, grandiosa; um momento singular, fantástico, intenso, emocionante. As mulheres sentiram-se respeitadas, fortes, vitoriosas. O nascimento foi a maior experiência de amor, imbuído de respeito. A enfermeira obstétrica transmitiu paz, segurança e tranquilidade durante o parto, foi promotora de diálogo e respeito, demonstrando conhecimento, capacidade técnica e empatia.

Descritores: Parto Humanizado. Parto Obstétrico. Enfermeira Obstétrica. Cuidados de Enfermagem. Hospital.

Objective: understanding the meanings and experiences of women who experienced the process of hospital humanized birth labor assisted by an obstetric nurse and the motivation for this choice. Method: a qualitative study with 12 women, through semi-structured interviews, after 60 days of birth. Thematic content analysis guided data analysis. Results: four categories emerged: motivations for humanized hospital birth labor assisted by an obstetric

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6901-461X>.

² Enfermeira. Graduanda de Medicina. Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. Cascavel, Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3726-6585>.

³ Enfermeiro. Mestre em Biociências e Saúde. Professor do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. Cascavel, Paraná, Brasil. maycon-cheffer@hotmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-9361-0152>.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8084-921X>.

⁵ Enfermeira. Mestre em Educação. Professora da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0190-045X>.

nurse; experience and meanings attributed to childbirth; experience and meanings attributed to the participation of the partner and other people of the woman's choice; experience and meanings attributed to professionals. Final considerations: the experience of childbirth was considered unique, grandiose; a singular, fantastic, intense, exciting moment. Women felt respected, strong, victorious. Birth was the greatest experience of love, imbued with respect. The obstetric nurse transmitted peace, security and tranquility during childbirth, was a promoter of dialogue and respect, demonstrating knowledge, technical capacity and empathy.

Descriptors: Humanized Childbirth. Obstetric Childbirth. Obstetric Nurse. Nursing Care. Hospital.

Objetivo: entender los significados y experiencias de las mujeres que experimentaron el proceso de parto humanizado hospitalario asistidos por una enfermera obstétrica y la motivación para esta elección. Método: se trata de un estudio cualitativo con 12 mujeres, a través de entrevistas semiestructuradas, después de 60 días de parto. Análisis temático de contenido guio el análisis de datos. Resultados: surgieron cuatro categorías: motivaciones para el parto humanizado en el hospital asistido por una enfermera obstétrica; experiencia y significados atribuidos al parto; experiencia y significados atribuidos a la participación de la pareja y otras personas de la elección de la mujer; experiencia y significados atribuidos a los profesionales. Consideraciones finales: la experiencia del parto se consideró única, grandiosa; un momento singular, fantástico, intenso, emocionante. Las mujeres se sentían respetadas, fuertes, victoriosas. El nacimiento fue la mayor experiencia de amor, imbuido de respeto. La enfermera obstétrica transmitió paz, seguridad y tranquilidad durante el parto, fue una promotora del diálogo y el respeto, demostrando conocimiento, capacidad técnica y empatía.

Descriptores: Parto Humanizado. Parto Obstétrico. Enfermera Obstétrica. Cuidado de Enfermería. Hospital.

Introdução

No Brasil, com a expansão da assistência médica, o parto foi institucionalizado a fim de reduzir a mortalidade materna e infantil. Esse atendimento colaborou para que o parto passasse a ser visto como uma patologia que necessitava de intervenção por equipe treinada, retirando da mulher a autonomia no processo de parir⁽¹⁾.

Esse redirecionamento da atenção ao parto contribuiu para o aumento de cesáreas, colocando o Brasil como destaque mundial, cuja média desses procedimentos, por ano, é de 46,6% nos serviços públicos e de 85% na rede privada⁽²⁻³⁾. Convém salientar que a *World Health Organization* (WHO) recomenda que a taxa de cesárias considerada ideal deve ficar entre 10 e 15% dos nascimentos⁽⁴⁾.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), em 2002, com o objetivo de garantir os direitos de escolha da mulher, a reorganização da assistência e o parto com o mínimo de intervenções. Em 2011, implementou a Rede Cegonha com o intuito de diminuir a mortalidade neonatal, também relacionada aos nascimentos cirúrgicos. Em 2012, no Estado do

Paraná, foi implantada a Rede Mãe Paranaense, que teve como objetivo assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e à criança o direito ao nascimento seguro com boas práticas e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis⁽⁵⁾.

Em 2017, o Ministério da Saúde, do Brasil, publicou as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, com o propósito de fornecer informação científica, revisada e atualizada sobre as práticas mais comuns na assistência ao parto e os cuidados com a mulher e o recém-nascido, com o intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal com redução de intervenções desnecessárias e os agravos consequentes destas intervenções⁽⁶⁾.

Em 2018, a *World Health Organization* publicou as *Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*, que tiveram como objetivo instrumentalizar os profissionais para a assistência saudável ao trabalho de parto, parto e cuidados com o recém-nascido, priorizando o processo fisiológico da díade mãe-bebê⁽⁷⁾. Nessa perspectiva, o Ministério

da Saúde tem incentivado a adoção do parto normal como forma de impulsionar sua prática, bem como conscientizar a sociedade e os médicos da importância de mudanças na assistência ao parto⁽⁶⁾. No entanto, o despreparo dos profissionais de saúde vem se arrastando por décadas quando o assunto é parto humanizado. Isso se deve à institucionalização do parto e a posse do parto como ato médico e não mais da mulher⁽¹⁾.

A assistência obstétrica de enfermagem, no Brasil, tem mostrado avanços, destacando-se a reinserção de Enfermeira Obstétrica (EO) no cenário de assistência ao ciclo gravídico puerperal, cuja atuação é baseada em boas práticas, visando cuidados para um padrão de normalidade, com garantia ao respeito à fisiologia do parto e nascimento; logo, considerada menos intervencionista⁽⁸⁾ e mais humanizada. Nesse sentido, a humanização na assistência à parturiente visa melhorar as condições do atendimento à mulher, ao recém-nascido e à família⁽⁹⁾ e está ligada ao ato de respeitar o desejo da parturiente, seja na escolha do acompanhante, na posição de parir, na redução de condutas intervencionistas e na atenção à fisiologia do parto^(8,10).

Conforme o exposto, questiona-se: Quais os significados e experiências de mulheres que vivenciaram o processo de parto humanizado hospitalar assistido por EO e qual a motivação das mulheres para a escolha do parto humanizado em hospital? Logo, o estudo tem como objetivo compreender os significados e experiências de mulheres que vivenciaram o processo de parto humanizado hospitalar assistido por EO, bem como a motivação das mulheres para essa escolha.

Método

Estudo qualitativo, exploratório, descritivo, com participação de 12 mulheres que vivenciaram o processo de parto humanizado hospitalar assistido por EO, em Cascavel (PR). Neste município, no período do estudo, havia cinco instituições hospitalares de assistência à mulher em seu processo de parturição, sendo quatro particulares e uma pública. A instituição

escolhida como local do estudo era de pequeno porte, oferecia atendimento particular e autorizava a contratação de EO pela mulher para assistência ao parto, bem como permitia a presença de acompanhante da escolha da mulher. Nas demais, o parto era assistido somente por médicos obstetras.

Foram critérios de inclusão no estudo: ter a mulher vivenciado o processo de trabalho de parto e parto em instituição que permite a assistência ao nascimento por EO não pertencente ao quadro funcional da instituição; ter sido o parto hospitalar planejado. Adotou-se como critério de exclusão a mulher ter realizado cesariana.

Para a coleta de dados, a seleção das participantes foi por conveniência. O contato com as participantes ocorreu após o fornecimento de dados por uma equipe de EO que promovia cuidados individualizados, sem vínculo institucional. Essa equipe era a única atuante no município no período do estudo. Inicialmente foi realizado o contato telefônico com as mulheres para explicação dos objetivos da pesquisa. Após o aceite em participar do estudo, foram realizadas entrevistas individuais por uma acadêmica de Enfermagem, no domicílio, guiadas por roteiro semiestruturado submetido a teste piloto, com duração aproximada de 30 minutos, no período de janeiro a agosto de 2016, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelas mulheres.

O registro dos dados foi por gravação de áudios e as notas de campo foram realizadas após cada entrevista. As transcrições das entrevistas não foram devolvidas aos participantes. O fenômeno de saturação permitiu encerrar a coleta de dados.

A análise de dados ocorreu de acordo com os princípios da análise temática de conteúdo⁽¹¹⁾, seguindo-se as etapas analíticas: pré-análise, exploração do material, classificação e tratamento dos resultados obtidos, e interpretação. A pré-análise consistiu na leitura flutuante e constituição do corpus de pesquisa. Nessa fase foram determinadas as unidades de registro, as unidades de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os

conceitos teóricos gerais que orientaram a análise. Na exploração do material ocorreu a codificação, na qual foi realizada a transformação dos dados brutos com o objetivo de alcançar o núcleo da compreensão do texto. Na etapa de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os dados foram submetidos a operações analíticas, que permitiram colocar em relevo as informações obtidas. Após esse momento, o analista propôs inferências e realizou interpretações no quadro teórico em torno de dimensões também teóricas, sugeridas pela leitura do material.

O estudo seguiu os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, com aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Parecer nº 1.529.910. Para garantia do anonimato, as participantes foram identificadas pela letra M, que representa mulher, seguida de numeração arábica conforme a ordem das entrevistadas: M1, M2... M12.

Resultados

Quanto à caracterização sociodemográfica das mulheres, 11 consideravam-se da raça branca, 8 possuíam entre 30 e 34 anos de idade, 9 eram naturais do estado do Paraná, 11 casadas, 11 tinham ensino superior completo, e 9 tinham renda familiar superior a 5 salários mínimos. Quanto ao número de gestações, oito das mulheres tiveram apenas uma gestação, três mulheres tiveram duas gestações e uma delas, três gestações. Quanto ao número de partos normais, dez mulheres tinham história de um parto normal e duas mulheres, dois partos normais. Com relação ao número de nascimentos por cesárea, três mulheres haviam experienciado a cesárea antes do parto em questão.

Os dados qualitativos serão apresentados em quatro categorias, quais sejam: Motivações para o parto humanizado hospitalar assistido por enfermeira obstétrica; Experiência e significados atribuídos ao parto; Experiência e significados atribuídos à participação do companheiro

e outras pessoas da escolha da mulher; Experiência e significados atribuídos aos profissionais.

Motivações para o parto humanizado hospitalar assistido por enfermeira obstétrica

A participação das mulheres em grupo de apoio à gestante, disponível no município, com encontros quinzenais, favoreceu a decisão pelo parto humanizado em ambiente hospitalar. Nesse grupo, as gestantes tinham acesso a palestras com profissionais da área da saúde, a relatos de experiência de outras mulheres e a evidências científicas, os quais proporcionaram conhecimento e empoderamento que favoreceram a decisão pelo parto humanizado hospitalar.

[...] descobri através de uma amiga que existia um grupo que tratava desses assuntos, de relatos de outras mulheres, e daí comecei a frequentar. (M10).

Além da participação no grupo de gestantes, as mulheres buscaram outras informações para fortalecer a tomada de decisão pelo parto humanizado hospitalar, como o acesso a artigos científicos, documentários, *blogs*, redes sociais, entre outros. Essas ferramentas favoreceram a edificação dos conhecimentos para uma decisão consciente.

Eu comecei a me informar, comecei a ler[...] ouvir relatos de pessoas que fizeram diferente, que vivenciaram ambas as experiências [...] e que mostram que realmente o parto natural tem uma melhor satisfação [...] (M1).

Até antes mesmo dele nascer eu já sabia que eu queria o parto humanizado. A ideia foi meio que amadurecendo [...] e eu tive certeza do que eu queria a partir do momento que eu assisti aquele filme [documentário], O Renascimento do Parto [...] (M2).

A escolha das mulheres pelo ambiente hospitalar para vivência do parto, percebido como um ambiente promotor de segurança, foi justificada pela disponibilidade de atendimento imediato em caso de urgência ou emergência, com estrutura física, material e recursos humanos disponíveis em hospital.

Eu queria ter todas as possibilidades em caso de urgência [...] eu morava num apartamento um pouquinho menor do que esse [...] que não tinha a estrutura adequada [...] pensei: ah, vai que acontece um parto prematuro ou que

eu precise de UTI[...] e para ter acesso a todas as possibilidades com mais facilidade. (M10).

As participantes primigestas foram maioria neste estudo. Logo, a insegurança e o medo do desconhecido são notórios e condicionaram a escolha pelo ambiente hospitalar por nunca terem passado pelo processo de parto. Dessa forma, o ambiente hospitalar conferiu amparo, segurança e conseqüentemente maior tranquilidade.

Então, por ser a primeira [gestação], eu fiquei insegura. E aí, eu pensei, e as meninas mesmo me falaram: “você tem que parir onde você se sente segura.” Então, de nada adiantaria eu ter na minha casa se eu estava com medo [...] eu me sentia mais segura no hospital. Naquele momento, eu não me sentia segura aqui na minha casa [...] Então, era o primeiro filho, eu não sabia como que era, eu não sabia se eu ia dar conta, não sabia se ia precisar de uma emergência, não sabia de nada disso. (M7).

A família teve importante influência na decisão da mulher pelo local do parto, algumas mulheres cogitaram e dividiram com familiares e cônjuges a dúvida sobre a opção de o parto ser domiciliar, os quais desencorajaram o domicílio como ambiente de parto. Sendo o ambiente hospitalar percebido como promotor de segurança para a família, também passou a ser percebido como seguro pela mulher, quando buscava o apoio da família.

Eu cogitei ganhar em casa, mas daí não fui encorajada pela minha família [...] acabei tendo o hospitalar [...] O meu marido e a minha mãe falaram não para o domiciliar. Caso pudesse ter algum problema com o bebê, que não desse tempo de ir para o hospital. Eles não toparam, e daí eu não quis arcar sozinha com isso. (M12).

Alguns casais fizeram a escolha pelo parto humanizado hospitalar sem compartilhar a preferência da via de parto ou consultar a opinião de familiares, blindando-se contra os argumentos e ideias contrárias. A escolha foi do casal.

E a decisão mesmo, era entre eu e meu marido, né. Eu e meu marido! A gente fechou e ele disse: “Se você quiser, eu te apoio!” E assim foi. (M6).

Outros casais que compartilharam o desejo pelo parto normal ou buscaram a opinião de familiares ou amigos quanto ao parto vaginal foram criticados e desencorajados, sendo a opção pelo parto vaginal considerada irresponsabilidade, não segura ou condição de sofrimento. Mesmo assim, a decisão foi do casal.

A família do meu esposo [...] eles vieram o parto humanizado como uma frescura [...] A minha cunhada, irmã do meu esposo via como irresponsabilidade, porque a cesárea que é segura [...] a minha mãe tinha insegurança, minha irmã também. Elas achavam que eu não ia dar conta, que eu não ia conseguir. Até chegou um momento, no final, que eu comecei a nem mais comentar sobre o parto. (M7).

Os amigos, os vizinhos e conhecidos, todos desencorajam a gente [...] Disseram que eu era louca. Que até hoje eu sou a louca, que o normal é você fazer uma cesárea, com anestesia e não ficar lá sentindo dor. (M8).

Ter experiência anterior de algum tipo de violência obstétrica ou desejo reprimido pelo parto normal motivou as mulheres a buscar e assegurar que, nessa próxima experiência, as expectativas de viver um parto natural e humanizado fossem atendidas. Nota-se que algumas mulheres, em vivências anteriores, manifestaram desejo pelo parto normal, mas foram condicionadas pelo médico obstetra a se submeterem à cesariana, e na ocasião, queriam que a nova experiência fosse diferente. Salientam que na vivência da primeira gestação foram suscetíveis a aceitar a intervenção cirúrgica induzida pelo médico, em razão da insegurança e do medo do desconhecido. As participantes que não tiveram experiência de parto normal reprimido têm essa informação baseada em relatos de outras mulheres:

A minha primeira gestação eu esperei e procurei... eu passei por quatro médicos atrás do parto normal [...] o quarto médico, que disse: “Não, tudo bem, eu faço. Eu aceito. Eu vou fazer o seu parto normal.” E, quando chegou nos quarenta e cinco do segundo tempo ele fez uma pressão gigantesca, tipo: “Seu filho vai começar a sofrer, seu filho pode morrer, e não sei o quê”, e a gente correu para cesárea. Porque primeiro filho, a gente não conhece, não sabe direito como funciona. Daí o medo! [...] eu comecei a pesquisar e descobri que a minha cesárea na verdade tinha sido totalmente desnecessária. (M6).

Conforme depoimentos, o médico obstetra exerce influência na decisão da mulher e seu companheiro/cônjuge na escolha da via de parto. As participantes, ao perceberem a tendência do médico obstetra para conduzir ao pensamento de incapacidade ou impossibilidade para o parto normal, optaram por procurar outro profissional que encorajasse o parto normal, e não o contrário.

No primeiro médico que eu fui, ele me disse que faria o parto normal, mas que ele faz com anestesia, todo

aquele convencional [...] eu fui em duas consultas com ele [...] E disse [...] que parto humanizado, desse negócio da mulher ficar gritando e parando feito louca [...] não era parto humanizado. (M1).

Ele [médico] simplesmente disse que meu neném tinha que estar encaixado, que não podia ser grande, que eu não poderia ter pressão alta [...] Eu comecei a perceber alguns sinais de que ele, talvez, não faria esse parto... Então, na minha última consulta, ele disse para mim que eu estava engordando demais, que meu bebê estava muito grande. (M3).

Experiência e significados atribuídos ao parto

O primeiro estágio do trabalho de parto foi vivenciado pelas mulheres no domicílio, acompanhadas pela EO e a doula. A mudança de ambiente, do domiciliar para o hospitalar, ocorreu com a dilatação cervical de sete ou mais centímetros. Todavia, algumas relatam que, com a mudança de ambiente, houve redução ou parada na progressão do trabalho de parto:

Eu acordei com as contrações [...] elas já estavam ritmadas; eu já tinha três contrações em dez minutos. Eu já estava em trabalho de parto ativo [...] quando ela [EO] chegou na minha casa e disse: "Nossa, já está com seis de dilatação." Eu estava super bem [...] não era uma dor insuportável [...] fazendo os exercícios [...] o tempo passou como se fossem dez minutos [...] Eu sabia que eu estava há bastante tempo, mas eu não tinha ideia de quanto tempo eu estava ali [...] eu dormia entre uma contração e outra. (M1).

Eu já estava com sete de dilatação [...] já estava no trabalho ativo [...] E eu não sei se foi essa alteração de casa para o hospital que deu uma travada [...] dilatar esses três últimos finais foram super longos [...] Em torno de umas sete e meia, oito horas [da manhã] eu já estava com sete. Eu dilatei os dez eram quatro da tarde [...] Não sei se foi o meu cansaço, enfim, mas essa troca, às vezes, de ambiente, faz a mulher dar uma boa regredida [...] Em casa foram sete rapidinho... E o resto, os outros três, foram extremamente espichados. (M2).

Quanto à experiência de parir, as mulheres apontam como única, grandiosa, um momento singular, fantástico, intenso, emocionante, difícil de dimensionar. As mulheres sentiram-se respeitadas, fortes e vitoriosas, como leas, por conseguir parir. O significado do nascimento foi sinalizado como a sensação de maior amor do mundo, particularmente quando a mulher recebe o filho em seus braços, vigoroso, forte, conectado ao seu olhar. Essa condição supera a dor do trabalho de parto, inerente à experiência de parir. As mulheres sinalizaram a boa recuperação:

Para mim foi uma experiência única [...] Dói sim, e eu faria tudo de novo [...] Porque é como aquela música: "tudo que a gente sofre num abraço se dissolve." Porque é a mais pura verdade [...] A hora que eu peguei ele no meu braço, olhei para ele [...] estava com as quarenta semanas, vigoroso, forte, olhando pra mim [...] Não tem preço, não tem preço [...] Qualquer dor se apaga nessa hora. (M3).

Foi intenso [...] um momento único [...] Um sonho ter um parto normal, né? Porque hoje em dia não é bem assim, né? [...] Você ser respeitada, você ter esse respeito na hora do teu filho estar nascendo [...] você se sente extremamente uma leoa, e diz: "Meu Deus, eu consegui!" (M2).

Foi fantástico. Eu nunca tive uma cesárea para comparar, mas a minha recuperação e meu vínculo com o meu filho foram muito bons [...] sensação de maior amor do mundo [...] a gente se sente vitoriosa por ter conseguido. (M8).

Foi assim, a experiência mais grandiosa da minha vida, toda vez que a gente fala disso é emocionante, porque foi tão importante, acho que até agora eu não consegui dimensionar o que foi aquilo [...] (M7).

As mulheres declararam o respeito pelo tempo natural do nascimento e a satisfação em saber que foram realizadas práticas recomendadas com o recém-nascido, como, por exemplo, não ser realizada aspiração de vias aéreas e aplicação de colírios; ser o banho realizado após 8 horas de nascimento:

De todos os benefícios que um parto normal traria para mim e para o meu filho [...] Você estar respeitando o tempo dele e o meu tempo... Foi bem natural. (M2).

As intervenções na criança, você não precisa fazer uma aspiração, colírio [...] o banho foi feito só oito horas depois que ele nasceu. Então aquele vênix, que ele nasceu, foi hidratando a pelezinha dele durante todo aquele período. (M9).

Experiência e significados atribuídos à participação do companheiro e outras pessoas da escolha da mulher

A participação do companheiro junto com a mulher na experiência do trabalho de parto e parto foi permeada de respeito, carinho, zelo, atenção e disponibilidade. Segundo depoimentos, no momento do parto, dois seres (a mulher e seu companheiro) se transformaram em uma só unidade, unidos pelo e para o nascimento de um novo ser, carregado de múltiplos sentimentos, intensos e profundos. A experiência do parto foi de intensa emoção e proporcionou maior afeto e respeito entre o casal.

[...] mudou a nossa vida, mudou o carinho, o respeito [...] percebi o quanto ele pertenceu àquele momento [...] ele ter participado junto do trabalho de parto [...] eu não consigo ver a gente sem aquele momento [...] Para sentir aquela emoção, aquela intensidade, porque não tem nada igual nessa vida... [...] ele entrou no chuveiro junto, ele fez massagem junto, ele viu parir [...] eu e ele pegamos juntos o nenê... Então não é como as pessoas falam... ah, é frescura, marido cortar o cordão, não é. Para quem está imerso naquele momento, tem um significado gigantesco. (M7).

Ele [o marido] estava ali a todo o momento: “o que você quer que eu faça?” [...] Ou, “o que vamos fazer agora?” Ele estava ali [...] ficou do meu lado, me ajudou, fez massagem. Inclusive, ele que pegou [o bebê] quando ele nasceu [...] já colocou no meu colo e eu dei, peguei ele; esperou parar de pulsar o cordão [...] e cortou o cordão. (M11).

Quanto à participação de familiares, a maioria das mulheres escolheu o companheiro para lhe acompanhar no trabalho de parto e parto. A mãe, irmã ou amiga foram escolhas comuns para acompanhar a mulher juntamente com o companheiro. Contudo, seja na experiência atual ou em uma anterior, as mulheres apontaram que a presença de outras pessoas, além do companheiro, pode causar a sensação de invasão de privacidade, num momento íntimo do casal.

Meu marido foi comigo até o hospital, e lá, depois, eu encontrei com a minha irmã e a minha mãe. E os três participaram o tempo todo, desde o momento que eu dei entrada no hospital, até a hora que o [bebê] nasceu, foram eles que me acompanharam. (M3).

Minha família estava invadindo muito a privacidade. (M11).

Não consegui avisar ninguém, e nem quis. Eu preferia estar só nós [mulher e marido] [...] No primeiro parto humanizado, pensei: “mas por que tudo isso de gente no meu parto?” Daí, depois eu pensei: “Não precisava tudo isso!” [...] Daí, no segundo, eu já optei por ninguém [além do marido]. (M12).

Experiência e significados atribuídos aos profissionais

A escolha dos profissionais (médico e EO) para assistência ao parto e nascimento foi realizada previamente, assim como a escolha da doula. A EO e a doula acompanharam as mulheres desde a gestação, com visitas domiciliares programadas, para orientação acerca do processo de trabalho de parto e parto, definição do plano de parto e esclarecimento de dúvidas do casal. Contudo, foi na vivência da assistência ao parto que as mulheres perceberam os distintos

papéis do médico obstetra, da EO, da doula e do pediatra, entendendo a importância da atuação de cada um. Esses proporcionaram confiança e segurança, mas a EO, particularmente, transmitiu às mulheres sensação de paz, segurança e tranquilidade durante o processo de parir.

O Plano de Parto [...] coloquei as opções A, B e C; que a primeira foi o que aconteceu comigo, mas a segunda era que caso precisasse de outro hospital, caso precisasse de cesárea [...] Deixei tudo por escrito [...] Uma cópia com a enfermeira, uma cópia com a doula. (M7).

Você começa a realmente entender o que é uma enfermeira, o que é uma doula, o que é um médico. Nenhum tira o lugar do outro [...] A partir do momento que eu escolhi uma equipe, eu não escolhi só uma enfermeira e uma doula. Eu escolhi uma enfermeira, uma doula, um pediatra e um obstetra. (M7).

O conhecimento da enfermeira obstétrica é impressionante... Ela te passa uma paz, uma tranquilidade, uma segurança [...] só o fato dela ter esse conhecimento, dela ser tão experiente nisso, ela te dá uma tranquilidade [...] Então, essa paz, essa tranquilidade [...] é a melhor parte da enfermeira obstétrica. (M9).

Sobre a EO, nota-se, pelos depoimentos, que essa profissional dialoga constantemente com a mulher a respeito das condições em que se encontra o trabalho de parto, pede o consentimento da mulher para a realização de qualquer ação ou procedimento, como o toque vaginal para avaliar as características do colo uterino e sua dilatação. Tem conhecimento e experiência prática de manobras para corrigir distócias ou induzir o parto por meio de técnicas naturais. Isso denota, além da capacidade e conhecimento técnicos, o respeito e a empatia presentes.

Se eu não tivesse uma equipe, eu não teria conseguido o meu parto normal. O bebê estava encaixado de uma forma que não era tão simples [...] O meu parto foi demorado, eu precisei de manobras [...] a gente fez três manobras para ele encaixar direitinho. (M6).

Eu já estava de 41 semanas e o médico ia querer induzir e eu não queria, então a enfermeira obstétrica fez um descolamento de membrana, e daí na madrugada do dia seguinte eu entrei em trabalho de parto. (M4).

Ela estava um pouco difícil de sair, aí a enfermeira obstétrica me ofereceu “ah, você quer que eu tente fazer uma manobra?” [...] porque já estava com dez centímetros há mais de uma hora, e não estava saindo, e aí eu falei: “pode fazer” [...] daí ela só amarrou um lençol assim em cada perna, e aí a doula puxou pra um lado, ela puxou pro outro, aí deu duas contrações, e ele nasceu. (M10).

A doula, no desempenho de sua ocupação, mostrou-se preocupada em proporcionar o bem-estar da mulher durante o trabalho de

parto (TP), lembrando-a da necessidade de se alimentar, de se hidratar e descansar para repor energias. Para proporcionar alívio das dores de contrações, utilizou a aplicação de massagens, utilização de banho de chuveiro, orientação e acompanhamento na realização de exercícios na bola, incentivou a mudança de posições para o conforto e alívio da dor. Ofereceu apoio emocional, encorajamento durante o trabalho de parto, proporcionando bem-estar emocional, espiritual e físico.

A doula veio [no domicílio] e ficou me acompanhando [...] as contrações começaram a ficar bem doloridas [...] eu ia para o chuveiro, ficava na bola um pouco, a doula fazia massagem. A massagem ajudou muito [...] A doula foi aquela parte mais emocional [...] “olha, você precisa comer, você precisa tomar água, você quer mudar de posição?” [...] Dava, também, uma tranquilidade muito grande [...] (M9).

A doula [...] ela fazia massagem [...] aquela massagem nas costas ajudava a diminuir... uns cinquenta por cento da dor [...] ela ensinava técnicas de alívio [...] bola de Pilates, embaixo do chuveiro, que ajudava muito a diminuir a dor [...] se precisava, ela entrava comigo [...] segurava a minha mão o tempo todo [...] ficava me amparando o tempo todo, com técnicas de alívio de dor e ajuda psicológica [...] aquela pessoa que diz que você vai conseguir, que vai dar tudo certo! (M7).

Identificou-se que intervenções obstétricas não previstas no plano de parto foram experienciadas pelas mulheres. Estas foram consultadas e consentiram a realização. No entanto, as mulheres contradisseram a necessidade, cuja intervenção significou frustração. Dentre as intervenções, destacam-se a potencialização do trabalho de parto por meio da infusão venosa de ocitocina sintética, o rompimento artificial da bolsa amniótica, a analgesia e a episiotomia:

Única coisa desnecessária que eu fiz, foi pedir o rompimento de bolsa, mas foi necessário para aquele momento, porque eu já estava muito cansada [...] Hoje, talvez, teria paciência, mais um pouco. Mas, só quem está passando dor naquele momento sabe como que está e o que aguenta. (M7).

Fiquei três horas nessa parte do expulsivo [...] teve que dar um pouquinho de ocitocina porque a contração estava muito espaçada. (M5).

Conversando eu, meu marido e a enfermeira obstétrica, nós decidimos tomar a analgesia, só para tirar um pouco da dor, porque eu estava muito cansada. Foi feita a analgesia, e em questão de meia hora, ele nasceu [...] Esse procedimento foi perguntado se a gente autorizava [...] Foi bem tranquilo, a não ser essa analgesia [...] A analgesia significou frustração. Claro que na hora é uma decisão, e eu falei para eles que eu estava quase morrendo, que eu

estava cansada, mas assim, boje eu falo que se eu tivesse aguentado mais um pouquinho, será que eu não tinha conseguido? (M9).

O médico fez uma episiotomia, que eu não queria. Só que na hora, a gente, na partolândia, se deixa levar [...] Como o parto foi um pouquinho mais demorado [...] Se eu pudesse mudar, seria bem diferente, tiraria isso. (M4).

Discussão

Foi a participação das mulheres em grupo de apoio à gestante que tornou possível o conhecimento acerca do parto normal humanizado e a aproximação da temática, fomentando o pensamento crítico, embasado pelas evidências científicas e compartilhados entre mulheres. Esse fenômeno favoreceu o empoderamento materno, no qual a gestante e a família passaram a acreditar no corpo da gestante/parturiente como uma engrenagem funcional, até então desacreditado pelo modelo biomédico, pautado na medicalização do parto⁽¹²⁾.

Neste estudo, para fortalecer a tomada de decisão pelo parto humanizado hospitalar, as informações foram reforçadas pelas habilidades da EO em realizar ações educativas durante a gestação, centradas no acolhimento, criação de vínculo e na promoção da sensação de segurança incentivada pelo compromisso técnico-político que possuem⁽¹³⁾. Salienta-se que, durante as consultas de pré-natal, as EOs devem compartilhar o conhecimento a respeito da fisiologia, tipos e posições de parto, uso de técnicas não invasivas para a progressão do parto e alívio da dor, o que possibilita a participação ativa da mulher no planejamento do parto⁽¹⁾. Condição confirmada pelos depoimentos.

O plano de parto tem o propósito de facilitar a tomada de decisão compartilhada entre a mulher e profissional(is) acerca das preferências e desejos individuais para o trabalho de parto e parto. Ele oferece aos provedores de cuidados obstétricos detalhes importantes sobre essas decisões. Além disso, as mulheres, ao elaborarem o plano de parto, podem refletir sobre seus valores e escolhas quanto a práticas e intervenções que não desejam no parto, comunicando-os com antecedência aos profissionais⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

A busca pelo cenário hospitalar para a vivência do parto pelas participantes deu-se principalmente pela necessidade de as mulheres e famílias sentirem-se seguras. Esse dado opõe-se a um estudo em que as participantes não se identificaram com a logística do atendimento, e associaram o ambiente hospitalar com o estado de doença, em que o processo de parto foi compreendido como patológico, e, conseqüentemente, com necessidade de medicalização e intervenção para o processo de parturição⁽¹²⁾.

Nesse sentido, é preciso reconhecer e valorizar os aspectos fisiológicos do nascimento. Oferecer informação e incentivar o conhecimento da mulher e família referente a esse processo e conseqüentemente respeitar as decisões quanto ao cenário de parto por eles escolhido⁽¹⁾.

Referente à influência da família para a escolha do tipo e do ambiente de parto, as mães são, depois do companheiro, as escolhidas para acompanhar o parto. Isso está relacionado aos conhecimentos e crenças familiares transmitidas pelas experiências vivenciadas, que influenciam a percepção da gestante/parturiente no que diz respeito principalmente à escolha da via de nascimento⁽¹⁶⁾.

As mulheres são constantemente influenciadas sobre suas opiniões e decisões sobre seu corpo, principalmente devido ao medo de colocar sua vida e a do bebê em perigo. Intui-se que o medo seja oriundo do modelo tecnocrático permeado pelo sistema biomédico, caracterizado pela ausência de diálogo próximo e respeitoso entre médico e mulher/família, contribuindo para a vulnerabilidade destas que se rendem aos padrões propagados pelo senso comum intervencionista. Nessa perspectiva, mulheres que recebem conselhos das mães, tias, amigas e vizinhas advindas de experiências negativas, com medo de reproduzirem essas experiências no momento do parir, procuram findar o processo gestacional, antes de entrarem em trabalho de parto⁽⁹⁾.

Ter experiência anterior de algum tipo de violência obstétrica ou desejo reprimido pelo parto normal remete que nem sempre o diálogo democrático e o poder de escolha das mulheres

são respeitados no ambiente hospitalar⁽¹²⁾. Por estarem nesse ambiente, podem sofrer intervenções obstétricas indesejadas, a exemplo do nascimento cirúrgico realizado antes mesmo da mulher entrar em trabalho de parto, desencadeando repercussões negativas, como o nascimento prematuro e conseqüentemente o internamento do recém-nascido em unidade de terapia intensiva neonatal⁽¹⁷⁾.

Não obstante aparecer no estudo a autonomia da mulher como preservada, em algumas falas, elas disseram ter optado por intervenções que não queriam propriamente. Logo, pode-se inferir que houve interferência pelas circunstâncias da cena de parto. É importante salientar que estavam sob os cuidados de um grupo de EO sem vínculo com a instituição, fato que, embora possa ter proporcionado maior segurança diante do processo de empatia construído durante a gestação, nem sempre consegue impedir procedimentos indesejados.

As EOs que possuem respaldo institucional por meio de protocolos atualizados e educação permanente para as tomadas de decisões veem o apoio institucional como facilitador para a atuação da enfermagem obstétrica e da equipe multiprofissional, contribuindo para sua autonomia e adoção das boas práticas⁽⁸⁾; condição nem sempre presente na realidade da assistência ao parto.

Existe uma tendência por parte de alguns profissionais em justificar a interrupção da gestação com a intervenção cirúrgica, como por exemplo, nos casos de circular de cordão, tamanho do feto e/ou posição em que este se apresenta no útero. Contrariando as evidências científicas, estimulam a cesárea como procedimento mais seguro, com menos riscos. Essa conduta cultivada entre os profissionais instiga o medo das mulheres e seus familiares, fragilizando-os pelo que é dito, e indiretamente oferecendo a pseudo-oportunidade de escolha pela espera de um nascimento natural. Ao referir a existência de risco, materno e/ou fetal, a mulher, o companheiro e a família são persuadidos e responsabilizados pelo possível desfecho, que, nas entrelinhas, pode ser negativo. Preferindo não arriscar, a gestante e

seu companheiro acabam optando pela cesárea, a qual, na maioria das vezes, não apresenta indicação clínica real que a justifique⁽¹⁸⁾. Desse modo, o profissional exerce influência na decisão das gestantes, ainda mais se ele possuir maior afinidade, segurança e habilidade com determinada prática e/ou tipo específico de parto⁽¹⁾.

Neste estudo, o desejo pelo parto natural e o empoderamento das mulheres conduziu-as a contratar assistência privada e individualizada de EO que não possuem vínculo institucional além do serviço hospitalar, também privado, a fim de garantir que o processo de trabalho de parto e parto na esfera hospitalar sejam conduzidos pelos princípios da humanização da assistência. Isso em razão de que os serviços institucionais de saúde pública e suplementar não contemplam as recomendações vigentes na prática obstétrica⁽⁸⁾.

Sobre a participação dos companheiros na experiência do trabalho de parto, evidencia-se que, ao perceberem a proximidade do nascimento do filho, eles passam a ter atitudes interativas e empáticas com a mulher, aplicam métodos não farmacológicos para alívio da dor, sensibilizam-se com o processo parturitivo vivido pela mulher, expressando palavras encorajadoras, condição que propicia um parto tranquilo para ambos. Desse modo, o companheiro está ligado afetiva e emocionalmente à parturiente e ao filho que está por chegar^(8,19-21).

Convém salientar que a participação do acompanhante é recomendada desde a primeira consulta de pré-natal, desempenhando funções importantes no que diz respeito à segurança e apoio às escolhas da mulher. Algumas ações são citadas como fundamentais para auxiliar a parturiente, como o acalmar, manter-se presente, encorajar, dar força, e proporcionar apoio, conforto e bem-estar físico e emocional. Assim, torna-se importante garantir o direito da mulher em ter o acompanhante de sua escolha no processo de parturição, o que ameniza e facilita a vivência da maternidade⁽²⁰⁻²¹⁾.

No Brasil, embora a assistência ao parto normal por EO seja limitada, há consenso por parte dos médicos obstetras que elas possuem sensibilidade, humanização, capacidade e

experiência para acompanharem partos com sucesso, principalmente partos domiciliares^(1,10). As EOs imprimem em sua atuação, humanização e boas práticas de atenção ao parto e nascimento, com adoção de posições facilitadoras para o nascimento, baixa taxa de laceração perineal e de necessidade de perineorrafia, realização de clameamento tardio do cordão umbilical, promoção do contato pele a pele e da amamentação na primeira hora de vida, incentivo à participação da família, proporcionando a evolução rápida do trabalho de parto e nascimento com resultados positivos para a genitora e o neonato, por meio de uma assistência cautelosa, segura e de qualidade em todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal^(8,22).

As boas práticas são significativamente mais frequentes nos partos assistidos por EO, com menor incidência de cesáreas, além de menor frequência de intervenções, como constatado neste estudo. Isso ilustra o benefício do trabalho colaborativo entre EO e médicos, quando o parto é assistido no ambiente hospitalar⁽¹⁰⁾. Confirma-se isso quando as mulheres que vivenciam a experiência do parto natural expressam satisfação e pouco sofrimento, recuperação mais rápida, menos dor após o parto, vitória em conseguir dar à luz, somadas às menores chances de complicações, hemorragias e infecções e alta hospitalar com retorno às atividades diárias mais cedo⁽¹⁷⁾.

O uso de métodos não farmacológicos, como banho quente, massagens, incentivo para a respiração tranquila e exercícios perianais com bola suíça são efetivos para alívio da dor. Diminuir a tensão, relaxar a mulher, deixando-a calma e concentrada no trabalho de parto, incentivando a adoção de posições verticais para proporcionar maior dilatação cervical e menor uso de analgesia instigam o aumento das contrações uterinas e a progressão da apresentação fetal, além de tender a conservar a frequência cardíaca fetal basal e conseqüentemente, o menor tempo de exposição a intervenções para o desfecho do parto normal. Essas ações oferecem maior conforto, liberdade e autonomia às mulheres, estimulando desse modo o parto normal^(9,23).

Parturientes que vivenciaram o parto normal e o nascimento cirúrgico relatam que o parto fisiológico é doloroso, no entanto, a dor é tolerável. Estas enfatizam o parto normal como uma experiência satisfatória, sendo minimizada a lembrança da dor após o nascimento do bebê, além da recuperação pós-parto ser melhor do que na operação cesariana, na qual inicialmente se tem a ausência de dor, porém, no pós-operatório, com o passar da anestesia, pode ocorrer a dor persistente. Além disso, no puerpério, a mulher fica limitada quanto aos seus movimentos, apresenta as implicações do tempo de cicatrização e o incômodo da sutura⁽¹⁷⁾.

As mulheres destacam e valorizam o papel da EO durante o ciclo gravídico-puerperal, pois demonstram empatia às suas necessidades, particularmente no processo de parturição, com fornecimento de informações pertinentes ao momento e respeitando a autonomia das mulheres. Nesse contexto, a EO é vista como comprometida e qualificada para incentivar e resgatar o parto vaginal⁽¹⁷⁾.

As EOs são promotoras de cuidado conforme as necessidades individuais, com foco em ações e métodos integrativos que favorecem menos intervenções e sem interferência na fisiologia do parto. O bem-estar e o conforto são assegurados, sobretudo a autonomia e o controle no trabalho de parto e parto. A comunicação entre enfermeira e parturiente é um dos fatores que contribui para a constituição de confiança e segurança, o que favorece a humanização, o progresso do parto e tranquiliza a mulher⁽¹³⁾.

As EOs recebem a mulher de maneira acolhedora e carinhosa, estimulam a movimentação corporal e exercícios de relaxamento, favorecendo seu protagonismo e empoderamento. Conforme a experiência do parto humanizado assistido pela EO, identifica-se o fortalecimento dos potenciais internos da mulher para a tomada de suas próprias decisões, o que remete ao respeito e reconhecimento de seu direito de fazer escolhas⁽²⁴⁾.

O trabalho da doula também é percebido pelas puérperas como adjuvante para se manterem tranquilas, ativas e focadas na diminuição

da sensação da dor e desconforto no trabalho de parto e no parto⁽¹¹⁾. Este, caracteriza-se como um trabalho de tecnologia leve e de base subjetiva cujos instrumentos de trabalho são a empatia e a paciência e tem como objetivo principal estar à disposição e a serviço da mulher, auxiliando a promover o bem-estar físico e emocional. Com a presença da doula, a mulher consegue romper o ciclo dor - medo - tensão, tornando o parto um momento positivo e afetivo com experiências exitosas que também favorecem o protagonismo, autonomia e empoderamento da parturiente, refletindo em experiências satisfatórias no trabalho de parto, no parto e no pós-parto, em que a vivência do parir será lembrada com alegria e visualizada como um evento fisiológico saudável e prazeroso⁽⁹⁾.

Nesse sentido, a doula atende às necessidades das mulheres pela disponibilidade de tempo e pelo compromisso em dar o apoio emocional e físico, sem a preocupação em identificar patologias e/ou distócias⁽⁹⁾. Contudo, cabe ressaltar que a assistência da EO não pode ser substituída pela da doula, e nem a presença do acompanhante substitui o trabalho dela, visto que possuem competências e funções diferentes no que diz respeito à assistência ao nascimento^(12-13,21). Dessa forma, é possível destacar que há a necessidade de um trabalho conjunto quando a gestante solicita assistência prestada por EO e doula⁽¹²⁻¹³⁾.

As frustrações vivenciadas pelas mulheres relativas ao uso de medidas farmacológicas para alívio da dor, a realização da episiotomia e da amniotomia elucidam os entraves para efetivar as boas práticas no âmbito hospitalar⁽²⁵⁾. Toda vez que a mulher é submetida a procedimentos invasivos, ela perde alguma fração de seu protagonismo no processo de parturição. Parturiente, família e profissional inseridos no modelo biomédico acabam não contrapondo o sistema tecnocrático, pois parir naturalmente configura resistência à medicalização e ao controle do corpo da mulher⁽³⁾.

Considera-se como limitação deste estudo, a investigação do tema por meio de relatos de mulheres assistidas por EO contratadas por elas e suas famílias, externas ao quadro de

colaboradores institucional. Nesse aspecto, recomenda-se o estudo com mulheres que experienciaram partos em instituições que privilegiem os cuidados da EO como integrante do corpo de profissionais local, a fim de identificar a satisfação, bem como os significados atribuídos a essa experiência.

Considerações finais

A participação das mulheres em grupo de apoio à gestante, o acesso a informações atualizadas, os relatos de experiência de outras mulheres, a percepção de segurança no ambiente hospitalar (a maioria das mulheres eram primigestas), a influência da família, bem como experiência anterior de violência obstétrica ou desejo reprimido pelo parto normal pautam a motivação das mulheres pela escolha do parto humanizado hospitalar, assistido por EO contratada pela mulher.

As mulheres descreveram a experiência do parto como única, grandiosa, um momento singular, fantástico, intenso, emocionante e difícil de dimensionar. Sobretudo, sentiram-se fortes e vitoriosas. O nascimento foi significado como a maior experiência de amor, imbuído de respeito.

A doula mostrou-se preocupada com o bem-estar físico e emocional da mulher durante o TP, proporcionando alívio das dores por meio de medidas não farmacológicas. A participação do companheiro, permeada de carinho, zelo, atenção e disponibilidade proporcionou maior afeto entre o casal. A EO transmitiu às mulheres sensação de paz, segurança e tranquilidade durante o processo de parir; foi promotora de diálogo em cada fase do trabalho de parto, demonstrando além de conhecimento e capacidade técnica, a empatia pela mulher.

Com base nos resultados obtidos neste estudo e como contribuição para a saúde materna, recomenda-se, sob a ótica da parturiente, que os ambientes relacionados ao cuidado da mulher, no cenário de parto e nascimento, possam contar com a atuação da EO. Nesse aspecto, reforça-se a presença do acompanhante como

sujeito participativo desse processo, visto os benefícios proporcionados diante dos significados do parto, expressos pelas mulheres deste estudo, em que recordam com prazer, a sua experiência em parir.

Colaborações:

1 – concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Maria Aparecida Baggio e Fernanda de Castro Pereira;

2 – redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Maria Aparecida Baggio, Maycon Hoffmann Cheffer, Gicelle Galvan Machineski e Alessandra Crystian Engles dos Reis;

3 – aprovação final da versão a ser publicada: Maria Aparecida Baggio e Maycon Hoffmann Cheffer.

Referências

1. Matão MEL, Miranda DB, Costa BP, Borges TP. A visão médica do parto domiciliar: factível ou utópico? *Rev enferm Cent -Oeste Min.* 2016;6(2):2147-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v6i2.983>
2. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Proporção de partos cesáreos 2011 [Internet]. Brasília (DF); 2019 [cited 2020 Sep 20]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/f08.def>.
3. Ferraz DAS. Resistir para experimentar parir: corporalidade, subjetividade e feminismo entre mulheres que buscam o parto humanizado no Brasil. *Interface (Botucatu).* 2016;20(59):1087-91. DOI: 10.1590/1807-57622016.0329
4. World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates [Internet]. Geneva (CH); 2015 [cited 2020 Oct 20]. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/
5. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Linha Guia. Rede Mãe Paranaense [Internet] Paraná; 2018 [cited 2020 Oct 15]. Available from: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. Brasília (DF); 2017 [cited 2020 Oct 10]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
7. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva (CH); 2018 [cited 2020 Nov 20]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
8. Amorim T, Araújo ACM, Guimarães EMP, Diniz SCF, Gandra HM, Cândido MCRM. Percepção de enfermeiras obstetras sobre o modelo e prática assistencial em uma maternidade filantrópica. *Rev enferm UFSM*. 2019;9:1-19. DOI: 10.5902/2179769234868
9. Borja TJ, Freitas WMF, Santos LS, Nascimento BGS, Lima DRA, Silva JCMC. Care provided by doulas at a public maternity hospital: parturient women's view. *Rev enferm Cent -Oeste Min*. 2018;8:e2878. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2878>
10. Gama SGN, Viellas EF, Torres JA, Bastos MH, Brüggemann OM, Theme Filha MM, et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reprod Health*. 2016;13(Suppl 3). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0236-7>
11. Deslandes SF, Gomes R. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 34 ed. São Paulo: Vozes; 2015. p. 67-80.
12. Sanfelice CFO, Shimo AKK. Home birth: understanding the reasons for this choice. *Texto contexto - enferm*. 2015;24(3):875-82. DOI: 10.1590/0104-07072015002850014
13. Costa RF, Santos I, Progianti JM. Obstetric nurses' skills as mediators of the educational process: sociopoetic study. *Rev enferm UERJ*. 2016;24(4):e18864. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.18864>
14. DeBaets AM. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(1):31.e1-31.e4. DOI: 10.1016 / j.ajog.2016.09.087
15. Jolles MW, Vries M, Hollander MH, van Dillen J. Prevalence, characteristics, and satisfaction of women with a birth plan in The Netherlands. *Birth*. 2019;46(4):686-92. DOI: <https://doi.org/10.1111/birt.12451>
16. Campos AS, Almeida ACCH, Santos RP. Crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto normal. *Rev enferm UFSM*. 2014;4(2):332-41. DOI: 10.5902/2179769210245
17. Carneiro LMA, Paixão GPN, Sena CD, Souza AR, Silva RS, Pereira A. Parto natural X parto cirúrgico: percepções de mulheres que vivenciaram os dois momentos. *Rev enferm. Cent -Oeste Min*. 2015;5(2):1574-85. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.744>
18. Riscado LC, Jannoti CB, Barbosa RHS. Deciding the Route of Delivery in Brazil: Themes and Trends in Public Health Production. *Texto contexto - enferm*. 2016;25(1):e3570014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201600003570014>
19. Melo RM, Angelo BHB, Pontes CM, Brito RS. Men's knowledge of labor and childbirth. *Esc Anna Nery*. 2015;19(3):454-9. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150060>
20. Santos ALS, Oliveira ARS, Amorim T, Silva UL. O acompanhante no trabalho de parto sob a perspectiva da puérpera. *Rev enferm UFSM*. 2015;5(3):531-9. DOI: 10.5902/2179769217337
21. Souza SRRK, Gualda DMR. The experience of women and their coaches with childbirth in a public maternity hospital. *Texto contexto - enferm*. 2016;25(1):e4080014. DOI: 10.1590/0104-0707201600004080014
22. Santos SS, Boeckmann LMM, Baraldi ACP, Melo MC. Resultados de partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas. *Rev enferm UFSM*. 2018;8(1):129-43. DOI: 10.5902/2179769228345
23. Mascarenhas VHA, Lima TR, Silva FMD, Negreiros FS, Santos JDM, Moura MÁP, et al. Scientific evidence on non-pharmacological methods for relief of labor pain. *Acta paul enferm*. 2019;32(3):350-7. DOI: 10.1590/1982-0194201900048
24. Monteiro MCM, Holanda VR, Melo GP. Analysis of Humanized Delivery Concept According to the Evolutionary Method of Rodgers. *Rev enferm Cent -Oeste Min*. 2017;7:e1685. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1885>

25. Silva TC, Bisognin P, Prates LA, Bortoli CFC, Oliveira G, Ressel LB. Labor and birth care practices an integrative review. *Rev enferm Cent -Oeste Min.* 2017;7:e1294. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1294>

Recebido: 3 de dezembro de 2020

Aprovado: 29 de março de 2021

Publicado: 29 de abril de 2021



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.