

CUIDADOS NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Adriana Aparecida Piler¹ 

Marilene Loewen Wall¹ 

Tatiane Herreira Trigueiro¹ 

Deisi Cristine Forlin Benedet¹ 

Juliane Dias Aldrighi¹ 

Alessandra Vieira de Mello Bueno Machado¹ 

¹Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curitiba, Paraná, Brasil.

RESUMO

Objetivo: refletir sobre os cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição sob a ótica dos profissionais de enfermagem.

Método: trata-se de um estudo com abordagem qualitativa baseado na Pesquisa Convergente Assistencial. Participaram 36 profissionais de enfermagem que desenvolviam atividades assistenciais às mulheres em processo de parturição em um Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. Para a coleta de dados utilizou-se da técnica de discussão em grupo de convergência, por meio de oficinas temáticas audiogravadas seguindo as fases do processo denominado Quatro Erres (4Rs), no período de junho a agosto de 2017. Os dados foram analisados mediante análise temática proposta por Creswell, apoiado pelo *software* Iramuteq.

Resultados: emergiram cinco classes: fragilidades/limitações no processo de parturição; ambiência e recursos humanos no processo de parturição; imposição de cuidados e ausência de privacidade da mulher em processo de parturição; processo de nascer: o entendimento dos profissionais de enfermagem; e contribuições no processo de cuidar para melhor nascer.

Conclusão: o presente estudo proporcionou compreender as relações dos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição, identificar as barreiras e fragilidades no processo assistencial, refletir e discutir possibilidades para a sistematização dos cuidados de enfermagem no processo de parturição.

DESCRITORES: Enfermagem obstétrica. Cuidados de enfermagem. Parto. Parto humanizado. Trabalho de parto. Pesquisa qualitativa.

COMO CITAR: Piler AA, Wall ML, Trigueiro TH, Benedet DCF, Aldrighi JD, Machado AVMB. Cuidados no processo de parturição sob a ótica dos profissionais de enfermagem. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [acesso MÊS ANO DIA]; 29:e20190214. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0214>

CARE IN THE PARTURITION PROCESS FROM THE PERSPECTIVE OF NURSING PROFESSIONALS

ABSTRACT

Objective: to reflect on nursing care for women undergoing parturition from the perspective of nursing professionals.

Method: this is a study with a qualitative approach based on Convergent Care Research. The participants were 36 nursing professionals, who developed assistance activities for women undergoing parturition in an Obstetric and Gynecological Surgical Center of a University Hospital in Southern Brazil. For data collection, the convergence group discussion technique was used, through audio-recorded thematic workshops following the phases of the process called Four Rs (4Rs), from June to August 2017. The data were analyzed using the thematic analysis proposed by Creswell, supported by the Iramuteq software.

Results: five classes emerged: weaknesses/limitations in the parturition process; ambience and human resources in the parturition process; imposition of care and lack of privacy for women in the parturition process; process of being born: the understanding of nursing professionals; and contributions in the care process for a better birth.

Conclusion: the present study allowed understanding the relationships of the nursing care for women in the process of parturition, identifying the barriers and weaknesses in the care process, reflecting and discussing possibilities for the systematization of nursing care in the parturition process.

DESCRIPTORS: Obstetric nursing. Nursing care. Childbirth. Humanized childbirth. Labor. Qualitative research.

CUIDADOS EN EL PROCESO DE PARTO DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONAIS DE ENFERMERÍA

RESUMEN

Objetivo: reflexionar sobre la atención de Enfermería brindada a la mujer en proceso de parto, desde la perspectiva de los profesionales de Enfermería.

Método: se trata de un estudio de enfoque cualitativo basado en la Investigación Convergente Asistencial. Participaron 36 profesionales de Enfermería que desarrollaban actividades asistenciales con mujeres en proceso de parto en un Centro Quirúrgico Obstétrico y Ginecológico de un Hospital Universitario del Sur de Brasil. Para recolectar los datos se utilizó la técnica de discusión en grupo de convergencia, por medio de talleres temáticos grabados en audio siguiendo las fases del proceso denominado Cuatro Erres (4Rs), en el período de junio a agosto de 2017. Los datos fueron analizados mediante el análisis temático propuesto por Creswell, con el respaldo del *software* Iramuteq.

Resultados: surgieron cinco clases: debilidades/limitaciones en el proceso de parto; ambiente y recursos humanos en el proceso de parto; imposición de cuidados y ausencia de privacidad de la mujer en proceso de parto; proceso de nacer: el entendimiento de los profesionales de Enfermería; y contribuciones en el proceso de la atención para un mejor nacimiento.

Conclusión: el presente estudio permitió comprender las relaciones de la atención de Enfermería brindada la mujer en proceso de parto, identificar los obstáculos y las debilidades en el proceso asistencial, y reflexionar y analizar posibilidades para sistematizar la atención de Enfermería en el proceso de parto.

DESCRIPTORES: Enfermería obstétrica. Atención de Enfermería. Parto. Parto humanizado. Trabajo de parto. Investigación cualitativa.

INTRODUÇÃO

Nas duas últimas décadas as mulheres foram encorajadas a ganhar seus bebês em instalações de saúde em grande parte do mundo, para garantir uma assistência qualificada e encaminhamentos oportunos frente às necessidades apresentadas, porém a qualidade do cuidado ainda não garante a obtenção de resultados desejados e encontra-se abaixo do ideal. O principal motivo se caracteriza pelo modelo predominante de cuidado adotado, que se mostra tecnocrático e intervencionista, interferindo significativamente na fisiologia do processo de parto.¹⁻²

A Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio de diretrizes,¹ vem buscando mudanças no modelo de cuidado, as quais enfatizam que os cuidados centrados nas necessidades e expectativas da mulher são tão importantes quanto os cuidados clínicos. Com base nesse entendimento a OMS recomenda o respeito aos valores da mulher e suas escolhas, apoio emocional e comunicação eficaz como componentes essenciais que devem complementar quaisquer intervenções clínicas.^{1,3}

Uma revisão que incluiu 35 estudos de 19 países evidenciou que a maioria das gestantes almeja uma experiência positiva de parto, em que a segurança e o bem-estar psicossocial são igualmente valorizados. Entre os quais incluíam o nascimento do bebê saudável em um ambiente seguro, com apoio emocional, profissional competente e tranquilizador, queriam na sua maioria um trabalho de parto e parto fisiológicos, manter controle pessoal por meio da tomada ativa de decisões, ou seja, protagonismo, empoderamento e autonomia no processo de parto e nascimento.⁴

No âmbito nacional também foram desenvolvidas ações baseadas nas melhores evidências científicas com a intenção de reduzir as altas taxas de intervenções desnecessárias e realizar mudanças no modelo de cuidado, sendo expressas pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da inclusão de diretrizes de assistência ao parto normal.⁵ Ao revisar as políticas públicas implantadas ao longo das últimas décadas em relação ao tema em voga, tem-se importantes marcos históricos para a saúde materna e neonatal, como a implementação da Rede Cegonha e do projeto *Apice On*, os quais têm como objetivos em comum a atenção humanizada, a segurança do paciente e a qualidade do cuidado materno e neonatal, com vistas às boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

Embora existam esses esforços a fim de aperfeiçoar toda a assistência à mulher em processo de parturição, observa-se que é necessária sensibilização dos profissionais de saúde para o exercício da atenção, do diálogo, do acolhimento e da comunicação com a parturiente para atingir o ideal de humanização. A participação ativa dos profissionais de enfermagem nesse processo é importante, pois como integrantes da equipe de saúde devem se utilizar, além dos conhecimentos técnico-científicos, do respeito à mulher como ser único, com desejos e direitos, no intuito de promover a assistência humanizada.⁶

Diante do exposto, da formulação das políticas públicas voltadas à atuação da enfermagem obstétrica na assistência ao parto e nascimento e da necessidade da mudança para o modelo na atenção obstétrica centrado na mulher, pode-se destacar a perspectiva no trabalho colaborativo entre a equipe e na assistência diferenciada de cada profissional, em que cada um desenvolve suas habilidades e contribui distintamente, a fim de garantir a continuidade do atendimento e assegurar à mulher uma assistência segura, eficiente e satisfatória.⁷

Nessa perspectiva, e diante da experiência vivida pela primeira autora em um Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico (CCOG), surgiu a inquietação sobre como a compreensão da percepção do processo de parturição pelos profissionais de enfermagem, seja em relação ao cuidado propriamente dito ou a outros aspectos que permeiam a assistência e a experiência profissional, com suas nuances positivas e negativas, pode contribuir para a superação de contradições no cenário obstétrico e resultar em uma valiosa reflexão sobre mudanças no modelo de cuidado obstétrico, a fim de garantir uma assistência humanizada, segura e de qualidade. Ressalta-se aqui que o processo de parturição

engloba o ato de parir e nascer em si e, além disso, todos os aspectos emocionais, humanos e culturais que envolvem a mulher e sua família.⁵

Com base em tais argumentos, este estudo teve como objetivo refletir sobre os cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição sob a ótica dos profissionais de enfermagem.

MÉTODO

Estudo com abordagem qualitativa, baseado no referencial metodológico da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA),⁸ realizado em um CCOG de um Hospital Universitário da Região Sul do Brasil, no período de junho a agosto de 2017. O cenário de pesquisa é um hospital de grande porte, referência estadual e regional para as mais variadas especialidades, inclusive obstetrícia. É um hospital certificado como Amigo da Criança, com adesão à Rede Cegonha, bem como ao Projeto *Apice On*.

Optou-se pelo referencial metodológico da PCA devido ao seu caráter embrionariamente prático e para a prática, com resultados de melhoramento e inovação no contexto da assistência de enfermagem, possibilitando a aproximação das ações de assistência com as de pesquisa no mesmo espaço físico e temporal. A implementação da PCA ocorre por meio de quatro fases. A fase de concepção, em que surge o problema da pesquisa; a fase de instrumentação, em que são elaborados os procedimentos metodológicos da pesquisa; a perscrutação, com o desenvolvimento de habilidades e sensibilidade para investigação e refinamento dos dados; e a fase da análise, em que os dados são analisados e interpretados de forma simultânea.⁸

Ademais, é um referencial metodológico que exige que o pesquisador seja um profissional da área da saúde inserido no campo onde acontece o estudo. No presente, a primeira autora é enfermeira do setor há 9 anos e identificou a necessidade de modificações práticas para a melhoria dos cuidados por meio da pesquisa, utilizando-se dos conceitos regidos pela PCA, em que foi estabelecida a comunicação por meio do diálogo através das oficinas, ampliando o propósito inicial da pesquisadora em relação à necessidade da prática, e articulando a investigação científica e a prática assistencial para a construção da mudança compartilhada.⁸

Em um primeiro momento a proposta foi apresentada para a chefia e supervisão setorial com elucidação acerca da importância deste estudo para a instituição, para os profissionais e para as parturientes. A partir da aprovação da chefia, foram convidados os profissionais pertencentes à equipe do CCOG, dos quais participaram 36 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). Os critérios de inclusão foram: profissionais de enfermagem lotados em centro obstétrico com atuação direta e indireta (responsáveis por outras atividades, como transporte) à mulher em processo de parturição; e os de exclusão: profissionais que estavam em férias, com atestados ou licenças.

Para a coleta de dados utilizou-se da técnica de discussão em grupo de convergência, por meio de oficinas temáticas seguindo o processo denominado Quatro Erres (4Rs), com suas Fases de Reconhecimento, Revelação, Repartir e Repensar.⁸ Isso permitiu conhecer a realidade vivenciada pelo grupo em relação à prática assistencial no processo de parturição e oportunizou a reflexão, discussão, compartilhamento e consenso entre o grupo sobre os cuidados de enfermagem à mulher durante este processo.

Realizaram-se quatro oficinas temáticas, com duração média de 60 minutos cada, nos períodos da manhã, tarde e noite, nas dependências do CCOG, a fim de alcançar todos os profissionais de enfermagem do setor, totalizando 39 encontros. Todas as oficinas foram realizadas pela primeira autora, gravadas em áudio, e tiveram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos os participantes. As oficinas foram repetidas em mais de um encontro para que todos os profissionais

pudessem participar, pois aconteciam durante os horários de trabalho e por revezamento, para que o serviço não ficasse desassistido.

Os dados foram transcritos na íntegra em documento digital, onde, para a identificação de cada participante, utilizaram-se as letras PE (Profissional de Enfermagem) seguidas de um número, a fim de garantir o anonimato.

A primeira oficina caracterizou a Fase de Reconhecimento do processo 4Rs, em que se precedeu ao início da interação intragrupal. Deu-se primeiramente pela realização de uma dinâmica de grupo, a qual oportunizou a autoapresentação e exposição das satisfações e insatisfações relacionadas ao processo de trabalho/assistencial. Posteriormente estabeleceu-se o diálogo participativo em relação aos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição e às expectativas em relação ao tema, respeitando as diferenças de opiniões de cada membro do grupo. Essa oficina foi trabalhada em nove encontros.

A segunda oficina, que ocorreu em dez encontros, representou a Fase de Revelação. Por meio da apresentação de um vídeo e do diálogo participativo estabelecido na oficina anterior, foram identificadas informações-chave e iniciou-se a reflexão em relação aos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição no CCOG e como as boas práticas de atenção ao parto e nascimento estavam inseridas neste cenário, refletindo sobre os fatores convergentes e divergentes de tal recomendação.

Na terceira oficina, realizada por dez vezes, abordou-se a Fase do Repartir. Após a apresentação de um vídeo, o grupo maior foi dividido em grupos menores, para identificarem cuidados que consideravam importantes no processo de parturição em relação aos temas discutidos nas oficinas anteriores. E, na sequência, foram apresentados ao grupo maior, sendo todos os cuidados registrados, nos quais foram agrupados os cuidados iguais e/ou semelhantes e, assim, elencados todos os cuidados.

Realizada por dez vezes, na quarta e última oficina definiu-se a Fase do Repensar. Levando em consideração o diálogo participativo, as discussões e produções em grupo realizadas nas oficinas anteriores e embasando-se nas evidências científicas em relação às boas práticas de atenção ao parto e nascimento, foram apresentados os cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição de forma sistematizada, após considerações e alterações realizadas em consenso com o grupo.

Os dados foram submetidos à análise temática proposta pelos passos de Creswell,⁹ que se constituiu em: organização e preparação dos dados para a análise; leitura dos dados; análise detalhada com a codificação dos dados; descrição dos dados; representação da análise; e interpretação da análise. Para o autor, a análise e a interpretação dos dados são um processo mental em que a reflexão ocorre continuamente com a finalidade de extrair profundamente o sentido dos dados do texto.⁹

Para apoiar a codificação dos dados foi utilizado o *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (Iramuteq),¹⁰ em que se empregou o método da Classificação Hierárquica Descendente, a qual visa obter classes de segmentos de textos que apresentem palavras semelhantes entre si e ao mesmo tempo diferentes dos segmentos de texto das outras classes. A partir do agrupamento de palavras que se relacionam entre si, o *software* auxilia a leitura dos dados para que o autor identifique com mais agilidade as categorias temáticas, denominadas classes, referentes ao objeto em estudo.¹⁰

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 2017, de acordo com as atribuições definidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012.

RESULTADOS

A análise dos dados resultou em cinco grandes classes: fragilidades/limitações no processo de parturição; ambiência e recursos humanos no processo de parturição; imposição de cuidados e

ausência de privacidade da mulher no processo de parturição; processo de nascer: o entendimento dos profissionais de enfermagem; e contribuições no processo de cuidar para melhor nascer.

Fragilidades/Limitações no processo de parturição

Os relatos dos profissionais de enfermagem nesta classe apontam fragilidades/limitações no processo de parturição. Onde se evidenciou a utilização de ocitocina para induzir ou acelerar o trabalho de parto, em que a medicalização desnecessária durante o trabalho de parto pode causar desfechos indesejados e negativos, como demonstram os discursos:

A paciente já está com muita dor e ainda pedem para colocar ocitocina para que o parto seja mais rápido (PE10).

O uso de ocitocina, indevido. Às vezes a paciente está com bastante contração, mas, porque querem adiantar o parto, introduzem ocitocina (PE16).

Essa insistência de ficar induzindo o parto desnecessariamente também atrapalha muito. Muitas vezes a paciente está em trabalho de parto excelente e, mesmo assim, mandam colocar ocitocina. Complica todo o trabalho de parto (PE35).

A admissão precoce das mulheres durante o processo de parturição demonstrou ser outra fragilidade citada pelos profissionais de enfermagem, que gera ansiedade em relação ao nascimento tanto para a mulher quanto os familiares, conforme as falas a seguir:

Muitas vezes internam cedo e nem precisava [...] (PE35).

Tem a questão também de internar muito cedo, não sei se por insegurança ou questão social. A partir do momento que elas internam para ter um filho, elas querem ter o filho. Elas não entendem que pode demorar um pouco. A família também pressiona, porque internou para nascer e eles querem que nasça. Então acho que internam cedo demais (PE29).

Percebe-se, por meio dos discursos, uma limitação que está relacionada à assistência durante o ciclo gravídico e que tem grande importância e contribuição na preparação da mulher e do familiar para o momento do nascimento. Diante do exposto, a falta de orientação no pré-natal para esta preparação ocasiona insegurança e dificulta o cuidado na assistência à mulher em processo de parturição:

Explicar tudo antes, e tem que começar desde o pré-natal (PE07).

As orientações deveriam acontecer desde o pré-natal, pois não são informadas nem dos seus direitos (PE12).

A paciente não está preparada para o parto. Teria que acontecer a preparação para o parto desde o pré-natal (PE26).

A orientação no pré-natal está sendo muito falha. Muitas pacientes não sabem nem o que é o centro obstétrico. A falta de orientação dificulta o nosso cuidado (PE34).

Os dados desta categoria demonstram fatores que não trazem benefícios à mulher em processo de parturição na ótica dos profissionais de enfermagem, envolvendo intervenções e orientações no processo de parturição.

Ambiência e recursos humanos no processo de parturição

O discurso dos profissionais de enfermagem nesta classe englobou as dificuldades encontradas para realizar os cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição. Uma das principais dificuldades evidenciadas pelas falas se relaciona à estrutura física, com espaço físico restrito e inadequado, repercutindo na liberdade de movimentação da mulher, na manutenção de temperatura adequada e na individualidade:

O nosso ambiente de pré-parto é muito feio, congestionado, sem espaço e escuro. As camas estão horríveis (PE03).

Cuidar da temperatura, pois lá no pré-parto venta pela vidraça, que não fecha direito (PE08).

Sabemos que é ruim toda a estrutura aqui para ter o acompanhamento desse processo. Fica difícil, pela estrutura, e com muitas pacientes no mesmo quarto (PE25).

Aqui no nosso serviço eu acho que a estrutura vem de encontro ao mais difícil (PE34).

O quantitativo insuficiente de profissionais foi demonstrado como outra dificuldade evidenciada pelas falas, que não garante a atenção necessária a ser dispensada à mulher em processo de parturição, conforme se segue:

Acredito que o funcionário faz o que pode, mas nos falta tempo (PE03).

Mal você conversa com ela, por falta de tempo. Não temos um tempo exclusivo para ficar com a paciente (PE04).

Às vezes não temos tempo, tem que fazer medicação, puncionar, trocar, levar para a sala (PE17).

Nesta classe os discursos dos profissionais demonstraram que a estrutura física e o quantitativo inadequado dos profissionais envolvidos no cuidado podem repercutir em uma assistência que não traz benefícios à mulher e acompanhante no processo de parturição, e, assim, contribuir para falhas assistenciais e, conseqüentemente, no aumento dos índices de eventos adversos (EAs).

Imposição de cuidados e ausência de privacidade da mulher no processo de parturição

Os discursos referenciados nesta classe focaram em um cuidado muitas vezes impositivo, em que prevaleceu a vontade dos profissionais e não da mulher, distanciando a humanização do processo de parturição, como descrito abaixo:

Às vezes queremos impor alguma coisa do nosso jeito, como aprendemos, e às vezes não é o melhor para a paciente. Só devemos auxiliar e não podemos impor [...] falta muita coisa aqui para humanização (PE02).

Muitas vezes nós, profissionais, fazemos o que queremos. Achamos que é melhor para nós e deixamos o querer dela de lado (PE07).

Acho que não oferecemos a humanização e, sim, queremos impor (PE22).

Na verdade, a paciente chega e já impomos as coisas (PE28).

Muitos profissionais apontaram a exposição da mulher durante o processo de parturição, em que a privacidade não foi garantida, o que ocasionou desconforto:

Temos que melhorar a questão da privacidade, que aqui está bem complicada. Não temos condições de dar uma privacidade adequada para cada mulher. Acho que o maior desconforto que as pacientes têm hoje é a privacidade (PE20).

Acho que aqui temos uma exposição excessiva da paciente e é estressante para ela (PE22).

As pacientes precisam de privacidade. Aqui falta privacidade, pois é acompanhante de uma e de outra, todos ali juntos (PE33).

Esta classe abordou as temáticas em relação à ausência de escolhas da mulher e direito à privacidade no processo de parturição, ficando evidente que a mulher não vinha sendo protagonista durante esse processo, e ainda que sua autonomia nem sempre era respeitada pelos profissionais, o que dificulta o empoderamento da mulher e a evolução do trabalho de parto.

Processo de nascer: o entendimento dos profissionais de enfermagem

Os discursos analisados nesta classe apontaram a percepção dos profissionais de enfermagem diante da vivência em relação ao processo de parturição, demonstrando a representatividade deste momento para a mulher na ótica dos profissionais, como se observa nas seguintes falas:

Auxiliar e receber esta cliente da melhor forma, sempre se colocando no lugar dela. A paciente sempre em primeiro lugar. Acho que é um momento especial da mulher. O parto é o momento dela (PE01).

É um momento único para cada mulher. Cada uma deve ser atendida de acordo com o momento dela. Não é para atender todas iguais. Proporcionar conforto à paciente, tratar como eu gostaria de ser atendida e dar atenção às suas queixas (PE09).

Também se pôde evidenciar o ponto de vista dos profissionais em relação aos fatores que consideravam importantes no processo de parturição, os quais envolvem a atenção, cuidado emocional e segurança, dentre os fatores necessários à mulher em processo de parturição, conforme relatado a seguir:

Promover um ambiente seguro, pois precisamos garantir essa segurança [...] é um momento reservado dessa mulher (PE07).

É importante o apoio, segurança, cuidado com a mente e a moral (PE13).

É o cuidado integral à mãe e recém-nascido, garantindo segurança e conforto. Que a gestação e o parto sejam um acontecimento humanizado, individualizado e tecnicamente correto. Além da técnica, precisamos da parte holística e humanizada (PE14).

Nesta classe foi possível identificar a sensibilidade dos profissionais de enfermagem em relação à vivência da mulher em processo de parturição e apontaram fatores importantes para que o mesmo ocorra com segurança e traga benefícios.

Contribuições no processo de cuidar para melhor nascer

Por meio dos discursos foi possível evidenciar nesta classe o papel do acompanhante como recurso para o cuidar. Destacou-se a importância de o acompanhante ser orientado para que proceda de maneira ativa e que sua participação no processo seja benéfica, como se observa nas seguintes falas:

A paciente também tem direito ao acompanhante de sua escolha [...] ensinar o acompanhante a auxiliar no processo de parturição [...]. Se o acompanhante estiver junto, ensinar a fazer massagem (PE12).

Facilitar a presença do acompanhante e, sempre que possível, incentivar para o cuidado (PE20).

Orientar o acompanhante quanto à forma adequada de auxiliar a paciente a parir (PE30).

Também demonstrou práticas assistenciais que podem ser realizadas pelos profissionais e que demonstram por meio das evidências científicas os seus benefícios no processo de nascimento, envolvendo um cuidado baseado em orientação, estímulo, incentivo e uso de tecnologias não farmacológicas para o alívio da dor, conforme se lê nas seguintes falas:

Encaminhar a mulher para o banho relaxante, colocar na bola, cavalo. Conversar bastante com ela e explicar o que está acontecendo (PE08).

[...] Encaminhar para o banho de relaxamento. Fazer exercícios no cavalo, na bola, explicando que é para relaxar e para o bom desenvolvimento do parto [...] cuidar (PE11).

Oferecer os métodos não farmacológicos para alívio da dor, orientando cada um e suas funções (PE30).

Verifica-se que nesta classe os profissionais apontaram fatores importantes para uma assistência que auxilie a mulher em processo de parturição.

DISCUSSÃO

Os profissionais identificaram pontos importantes para os cuidados de enfermagem, envolvendo recursos para o cuidar que trazem benefícios no processo de parto e nascimento e que podem auxiliar a mulher a vivenciar este momento. Mas também evidenciaram fatores que interferem negativamente. O uso de tecnologias inadequadas e intervenções desnecessárias podem contribuir para desfechos negativos ao longo do trabalho de parto e parto, fato este determinado muitas vezes pelo modelo de cuidado adotado.¹

A medicalização no processo de parturição apontada na primeira classe leva muitas vezes a interferências no processo fisiológico de parir, embora possa auxiliar em distocias.¹¹⁻¹² Um estudo que entrevistou mais de 23 mil mulheres evidenciou que o uso de ocitócitos para acelerar o trabalho de parto foi uma técnica muito utilizada na rede pública.³

Neste contexto, seu uso inadequado potencializa maiores proporções de cesarianas, além de outros desfechos insatisfatórios para a mulher e recém-nascido (RN), devendo ser utilizada com cautela e somente quando for necessário.¹²

O uso de intervenções desnecessárias pode relacionar-se com a admissão precoce da mulher, fato este evidenciado em um estudo na Itália, em que as mulheres internadas na fase latente tiveram aumento na proporção de cesarianas, uso de ocitocina, ruptura artificial de membranas, parto instrumental e analgesia, em comparação com mulheres internadas em trabalho de parto ativo.¹³ Os mesmos resultados foram encontrados em pesquisa nos Estados Unidos, em que ficou evidente que a internação da mulher em trabalho de parto ativo resultaria em redução de intervenções desnecessárias, menor risco materno e em economia significativa por ano para o país. Neste contexto, se evidenciou a necessidade de as mulheres e familiares receberem precocemente informações relacionadas ao momento ideal para internação.¹⁴

A importância das orientações durante o pré-natal tem como aspecto central preparar a mulher e o familiar em relação ao momento do nascimento e permitir-lhes tomar decisões informadas com base nos direitos que lhes são garantidos.¹⁵ Estudos apontam falhas em relação às orientações no pré-natal para o parto, em que, apesar de cobertura satisfatória e preenchimento apropriado do cartão do pré-natal com apresentação adequada no momento da internação, a maioria das mulheres não recebeu tais orientações, observando assim uma lacuna entre a produtividade e qualidade assistencial.¹⁵⁻¹⁶

No Reino Unido a assistência à mulher durante o ciclo gravídico puerperal é realizada em sua grande maioria por enfermeiras obstétricas, e um guia com diretrizes foi publicado em parceria com o *Royal College of Midwives* e o Instituto Britânico de Direitos Humanos para apoiar profissionais, em que informações e orientações são fornecidas à mulher em relação aos seus direitos e às suas relevâncias no processo de parturição, permitindo que os profissionais prestem uma assistência de qualidade.¹⁷

Nesse contexto, a OMS aprova a implantação de modelos de continuidade de cuidados em sistemas de saúde. Este modelo de cuidado visa proporcionar às mulheres grávidas um cuidado respeitoso e individualizado, por meio de profissionais com habilidade clínica e interpessoal, que inclua informações importantes durante a gravidez, a fim de garantir no ciclo gravídico puerperal uma experiência materna positiva.¹

Em relação às dificuldades no processo de trabalho, evidenciou-se que a estrutura física é primordial para o cuidado humanizado e se constitui num elemento fundamental para que o profissional possa prestar um cuidado com qualidade.¹⁸ Conforme destacado pela OMS, a estrutura física é tão

importante quanto a prestação dos cuidados para que se tenha melhora da qualidade da assistência à mulher em processo de parturição.¹ Uma revisão qualitativa que incluiu 67 estudos realizados em 32 países revelou que mulheres e profissionais de saúde expressaram que a melhoria da qualidade do ambiente físico favorece a promoção de cuidado respeitoso na maternidade.¹⁹

No entanto, estudos em relação à estrutura física inadequada nas maternidades evidenciaram insatisfação dos profissionais, uma vez que se demonstrou como uma das barreiras para a prestação dos cuidados, a qual interferiu negativamente na assistência humanizada, indo ao encontro dos resultados deste estudo evidenciados pelos discursos dos profissionais.^{18,20}

Destaca-se ainda, na segunda classe, o monitoramento do número adequado de profissionais, possibilitando fornecer cuidados que são essenciais para a implementação, aplicação e sustentação do modelo de continuidade de cuidados. Segundo a OMS, um dos principais requisitos de recursos para o cuidado à mulher em processo de parturição está relacionado ao número suficiente de profissionais qualificados para garantir cuidados dignos e contínuos a todas as mulheres.¹

A melhoria da qualidade no sistema de saúde é determinada, além de outros fatores, pelo dimensionamento correto de prestadores de cuidados de saúde.¹⁹ Uma revisão integrativa demonstrou a relação entre o dimensionamento de profissionais de enfermagem e a segurança do paciente, em que a sobrecarga de trabalho pelo número inadequado de profissionais qualificados, conseqüentemente, aumenta os índices de eventos adversos, fato este que contribui para resultados insatisfatórios no processo de parturição.²¹

No que concerne à temática que originou a categoria sobre o protagonismo, autonomia e privacidade da mulher, pode-se dizer que a utilização das boas práticas obstétricas vem buscando o protagonismo da mulher. Isso ocorre por meio do acolhimento com dignidade, respeito e mediante atendimento apropriado e ímpar, sendo, assim, capaz de garantir a autonomia da mulher em relação ao seu próprio parto e tornando o processo de nascer um evento fisiológico e que garanta a inserção familiar.¹

Estudo evidencia que práticas que garantam o protagonismo e autonomia da mulher estão relacionadas a uma assistência diferenciada do que nos traz o ambiente hospitalar tradicional, a fim de possibilitar a integração da mulher nas tomadas de decisão, respeito às suas necessidades, crenças, valores e desejos, promovendo sua participação ativa.²²

Outro fator positivo é a possibilidade da verticalização durante o processo de parturição, a qual garante à mulher uma participação mais ativa. Neste contexto, destaca-se o papel da enfermeira obstétrica, que contribui para o empoderamento da mulher e diminuição de intervenções desnecessárias, assim como evidenciado em revisão sistemática da biblioteca Cochrane.²³

Oposto ao que foi descrito anteriormente, estudos evidenciaram práticas que restringem o protagonismo, autonomia e participação ativa da mulher no processo de parturição. Estas se relacionam a práticas autoritárias em que existem relações assimétricas entre a mulher e equipe, com cuidados impositivos, desrespeito aos desejos da mulher e suas necessidades. Isso gera falhas na comunicação, ocasionando falta de informações, de consentimento por parte da mulher e sentimentos negativos que dificultam o trabalho de parto e parto, sendo considerado uma violação aos direitos da mulher em relação à integridade do seu corpo.^{3,22,24}

Ainda destaca-se a privacidade como altamente relevante para a humanização no processo de parturição, correspondendo a um dos direitos humanos durante e após o parto, a qual se enquadra dentro dos principais requisitos de recursos para o cuidado materno respeitoso.¹ O respeito à privacidade na atenção ao parto e nascimento envolve a proteção da imagem e da intimidade da mulher, porém, ainda necessita ser estimulado, pois a relação assimétrica entre a mulher e a equipe, ambiente desfavorável e práticas que não garantem benefícios no processo de parturição contrariam a ideia de humanização.^{22,24}

Uma revisão sistemática que aborda evidências qualitativas relacionadas aos fatores facilitadores e dificultadores da assistência ao parto e nascimento demonstrou que a privacidade é muito valorizada pelas mulheres, porém, frequentemente, não é apreciada nas instituições, devido à falta muitas vezes de respeito e sensibilidade cultural, atitudes arrogantes e principalmente pela inexistência de enfermarias privadas.²

O processo de nascer é um acontecimento na vida da mulher de extrema ansiedade e de dor, em que os cuidados permeiam fatores além de assistenciais, a fim de se alcançar a humanização. Neste contexto, a enfermagem se constitui em uma ciência com ponto central nos seres humanos e nas suas inúmeras relações do cotidiano, em que é necessário perceber e reconhecer aspectos incomuns que se apresentam em diversos graus de complexidade na prestação do cuidado.²⁵

Um estudo evidenciou que a maioria dos profissionais de enfermagem reconheceu o papel fundamental que possuem durante todo o processo de parturição, ajudando, favorecendo a autonomia da mulher e sua participação ativa.²⁶ No entanto, um estudo de revisão sistemática evidenciou que muitas vezes as mulheres, ao chegarem a uma instituição, experimentavam atrasos na prestação de cuidados, em que as falhas na comunicação eram evidentes.²

As mulheres almejam ter uma experiência positiva no processo de parturição e, dentre os fatores para seu alcance, se incluem a atenção, cuidado emocional e segurança.¹ Para a mulher em trabalho de parto, a atenção dispensada durante este processo pelos profissionais de enfermagem tem grande relevância, pois envolve a capacidade de comunicação, que possibilita a criação de vínculo e apoio, e, além de estabelecer uma relação simétrica entre a mulher e a equipe, também proporciona confiança, segurança e satisfação.²²

Em um estudo que incluiu 16 países e mais de 15.000 mulheres, evidenciou-se que o apoio emocional, medidas de conforto e informações durante o processo de parturição aumentaram a possibilidade de parto espontâneo e reduziram a necessidade de intervenções desnecessárias com terapias medicamentosas, contribuindo com menor tempo de trabalho de parto, promovendo, assim, um processo de parturição satisfatório.²⁷

Com relação às contribuições no processo de cuidar para melhor nascer, o acompanhante é um provedor de apoio contínuo à mulher em processo de parturição. Este deve ser de escolha exclusiva da mulher e não devem ser medidos esforços para encorajar e implementar este recurso na prestação de cuidados, inclusive respeitando o desejo de mulheres que preferem não os ter presentes, apesar de ser uma prática comprovadamente benéfica.¹

Uma revisão sistemática da Cochrane, que forneceu dados de 17 países, incluindo o Brasil, e envolvendo quase 16.000 mulheres, evidenciou que o apoio contínuo por meio do acompanhante de escolha da mulher pode melhorar os resultados para mulheres e RNs, dentre eles, tempo menor na duração do trabalho de parto, redução das cesarianas, parto instrumental e necessidade de analgesia, além de melhorar a experiência no processo de parturição.²⁷

Numa síntese de evidências qualitativas, demonstrou-se que a presença do acompanhante durante o processo de parturição auxilia no alívio da dor por meio do toque e técnicas alternativas, na promoção da autoestima, da autoconfiança e ainda garante o respeito a costumes e tradições, proporcionando, assim, melhora da qualidade dos cuidados prestados à mulher.²⁸

Apesar dessas premissas, a falta de instalações adequadas, com espaços limitados, se torna uma barreira para implementar a presença do acompanhante, e em alguns casos é imposta a presença de companhia feminina, o que gera em muitas mulheres ansiedade e infringe o direito de escolha da mulher.^{2,28}

Um dos fatores mais importantes para a mulher no processo de parturição consiste no alívio da dor. Os métodos não farmacológicos estão sendo gradativamente valorizados e inseridos na prática assistencial em instituições hospitalares, garantindo menos intervenções, o que corrobora com resultados satisfatórios para o bem-estar da mulher.¹

Um estudo na Espanha buscou, por meio de comparação, descrever as diferenças nos resultados obstétricos e na satisfação das mulheres em relação ao modelo biomédico e modelo humanizado na assistência ao parto e nascimento; no modelo humanizado foi garantida a oferta dos métodos não farmacológicos, de apoio emocional, psicológico, orientações e informações, promovendo, assim, a participação ativa das mulheres na tomada de decisões, e se constituiu no modelo com melhores resultados na assistência à mulher e RN.²⁹

Portanto, é decisiva a participação dos profissionais de enfermagem na assistência à mulher em processo de parturição, pois contribui na garantia do cuidado humanizado, na atenção às perspectivas da mulher e família, e ainda possibilita o uso de métodos não farmacológicos no alívio da dor, proporcionando satisfação e segurança.³⁰

Apesar de os benefícios dos métodos não farmacológicos, estudos apontam que práticas desfavoráveis ainda fazem parte da assistência à mulher em processo de parto e nascimento em algumas instituições, e que a falta de apoio, orientação e informação aumenta a ansiedade, dificulta o processo de nascer e resulta em desfechos negativos.³⁰

Entre as limitações deste estudo, destaca-se o déficit de pessoal de enfermagem, o que dificultou a realização das oficinas em horário fora do expediente. Assim, os encontros foram durante o horário de expediente, com tempo estipulado e com revezamento de profissionais, a fim de que os pacientes não ficassem muito tempo sem a equipe disponível. Apesar disso, o grande número de oficinas gerou um vultuoso e rico material a ser analisado, que dá subsídios para mudanças na realidade assistencial das mulheres em processo de parturição, tendo em vista a vivência dos profissionais no cotidiano cuidado.

Como este estudo foi realizado em um serviço público, integralmente atendido pelo Sistema Único de Saúde, e com suas nuances, sugere-se que outros cenários, notadamente serviços privados, possam ser investigados a fim de que diferentes realidades sejam de conhecimento da enfermagem, no intuito de cada vez mais desenvolver e proporcionar melhores cuidados à população em foco.

CONCLUSÃO

O presente estudo proporcionou refletir sobre as relações do cuidado de enfermagem à mulher em processo de parturição e identificar desafios inseridos na prática assistencial. Nesse processo, os profissionais de enfermagem desempenham papel fundamental para garantia da individualidade e do cuidado integral à mulher, de forma convergente às boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento baseadas nas evidências científicas, para que transcorram de forma segura e com qualidade.

Os resultados deste estudo demonstram a sensibilidade dos profissionais de enfermagem frente à humanização do processo de parturição, evidenciada por meio dos relatos que tratam de um momento complexo para as mulheres que o vivenciam e permeado por fatores determinantes para que ocorra com segurança, trazendo benefícios para a mulher e para que se torne uma experiência positiva.

Porém, evidenciaram-se fatores que, na ótica dos profissionais de enfermagem, de alguma forma, não trazem benefícios à mulher em processo de parturição, envolvendo formas de cuidado, estrutura inadequada, recursos humanos escassos, intervenções e orientações desnecessárias. As falas mostraram que atitudes profissionais ainda relegam a autonomia e protagonismo da mulher, dificultando o processo de humanização e desenvolvimento das boas práticas obstétricas.

Nesse contexto, apontaram cuidados que consideravam importantes e que podem auxiliar a mulher em processo de parturição, sendo observado pelas falas que esses cuidados envolvem as tecnologias não farmacológicas para auxiliar no alívio da dor e garantir resultados satisfatórios durante todo o processo de parto e nascimento. Também foram considerados como cuidados primordiais as orientações, o estímulo, o incentivo e o apoio, favorecendo, desta forma, um processo de parto humanizado e o desenvolvimento das boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Sexual and reproductive health. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva(CH): WHO; 2018 [acesso 2018 Jun 30]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
2. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gülmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Jun 30]; 1(1):71. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-71>
3. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Jun 30];30(Suppl 1):S1-S16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
4. Downe S., Finlayson K, Oladapo O, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. *PloS one* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Jun 30];13(4):e0194906. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197791>
5. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília, DF(BR): MS; 2017 [acesso 2018 Mar 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
6. Camacho KG, Progianti JM. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2013 [acesso 2018 Abr 14];15(3):648-55. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v15i3.18588>
7. Vogt SE, Silva KS, Dias MAB. Comparison of childbirth care models in public hospitals, Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Abr 14];48(2):304-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004633>
8. Trentini M, Paim L, Silva DMGV. Pesquisa Convergente-Assistencial – PCA: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. Porto Alegre, RS(BR): Moriá; 2014.
9. Creswell JW. Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens. 3a ed. Porto Alegre, RS(BR): Penso; 2014.
10. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software IRAMUTEQ (Interfacede R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). Florianópolis (SC): UFSC; 2018 [acesso 2019 Ago 10]. Disponível em: <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018>
11. World Health Organization (WHO). Recommendations for augmentation of labour: highlights and key messages from World Health Organization's 2014 global recommendations [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2015 [acesso 2018 Jun 30]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/174001>
12. Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego M. Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Ago 30];24:e2744. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0765.2744>
13. Rota A, Antolini L, Colciago E, Nespoli A, Borrelli SE, Fumagalli S. Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study. *Women and Birth* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Ago 30];31(4):313-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.10.001>

14. Tilden EL, Lee VR, Allen AJ, Griffin EE, Caughey AB. Cost-effectiveness analysis of latent versus active labor hospital admission for medically low-risk, term women. *Birth* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Ago 30];42(3):219-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/birt.12179>
15. Gonçalves MF, Teixeira EMB, Silva MAS, Corsi NM, Ferrari RAP, Pelloso SM, et al. Prenatal care: preparation for childbirth in primary health care in the south of Brazil. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Ago 30];38(3):e0063. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0063>
16. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Prenatal care in Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Ago 30];30(1):S85-S100. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>
17. The British Institute of Human Rights (BIHR) et al. *Midwifery and human rights: a practitioner's guide*. Queen Mary University of London. 2016 [acesso 2018 Ago 30]. Disponível em: <https://www.bih.org.uk/Handlers/Download.ashx?IDMF=6677278e-0773-4ab8-8fc1-69d935ea7116>
18. Feijão LBV, Boeckmann LMM, Melo MC. Conhecimento de enfermeiras residentes acerca das boas práticas na atenção ao parto. *Enferm Foco* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Ago 30];8(3). Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n3.1318>
19. Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, Pileggi VN, Souza JP. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG: An Intern J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Ago 30];125(8):932-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15015>
20. Dodou HD, Sousa AASD, Barbosa EMG, Rodrigues DP. Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. *Cad Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Jun 30];25:332-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700030082>
21. Lima EM, Oliveira TA, Siqueira CL, Silva AF. Segurança na assistência de enfermagem: uma revisão integrativa. *Enferm Rev* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Ago 30];19(2):262-81. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/13164/10306>
22. Ferreira LMS, Santos ADF, Bezerra IMP, Alves DA, Damasceno SS, Kerntopf MR, Lemos ICS. Assistência de enfermagem durante o trabalho de parto e parto: a percepção da mulher. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Jun 30];33(2). Disponível em: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1102/263>
23. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Db Syst Rev* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Ago 30];4:CD004667. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
24. Biondi HSilva, Barlem ELD, Pinho EC, Tavares DH, Kerber NPC, Tomaschewski-Barlem JGer. Moral Suffering in Assistance to Childbirth: Situations Present in the Work of Nurses of Obstetric Centers and Maternities. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2019 Ago 10];28:e20180052. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0052>
25. Ramos WMA, Aguiar BGC, Conrad D, Pinto CB, Mussumeci PA. Contribution of obstetric nurse in good practices of childbirth and birth assistance. *Rev Pesqui Cuid Fundam.* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Jun 30];10(1):173-9. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.173-179>
26. Braga TDL, Santos SCC. Parto humanizado sob a ótica da equipe de enfermagem do Hospital da Mulher Mãe Luzia. *Rev Eletr Estácio Saúde* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Ago 30];6(1):20-34. Disponível em: <http://revistapuca.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/3641/1563>

27. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Db Syst Rev* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Jun 30];7: CD003766. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
28. Bohren MA, Munthe-Kaas H, Berger BO, Allanson EE, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Db Syst Rev* [Internet]. 2019 [acesso 2019 Ago 10];3:CD012449. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2>
29. Ferrer MBC, Jordana MC, Meseguer CB, García CC, Roche MEM. Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Ago 30];6(8):e011362. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011362>
30. Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Jun 30];20(2):324-31. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160044>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação – Boas práticas obstétricas: guia para sistematização dos cuidados de enfermagem no processo de parturição, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional, Universidade Federal do Paraná, em 2018.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Piler AA, Wall ML.

Coleta de dados: Piler AA, Wall ML.

Análise e interpretação dos dados: Piler AA, Wall ML.

Discussão dos resultados: Piler AA, Wall ML.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Piler AA, Wall ML, Trigueiro TH, Benedet DCF, Aldrighi JD, Machado AVMB.

Revisão e aprovação final da versão final: Piler AA, Wall ML, Trigueiro TH, Benedet DCF, Aldrighi JD, Machado AVMB.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, parecer n. 1.891.192/2017, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 62119816.5.0000.0096.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

HISTÓRICO

Recebido: 21 de agosto de 2019.

Aprovado: 20 de novembro de 2019.

AUTOR CORRESPONDENTE

Adriana Aparecida Piler

a.piler@gmail.com