

# Parto humanizado: valores de profissionais de saúde no cotidiano do cuidado obstétrico

*Humanized childbirth: the values of health professionals in daily obstetric care*

*Parto humanizado: valores de los profesionales de salud en la atención obstétrica diaria*

**Diego Pereira Rodrigues<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0001-8383-7663

**Valdecyr Herdy Alves<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0001-8671-5063

**Cristiane Cardoso de Paula<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0003-4122-5161

**Bianca Dargam Gomes Vieira<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-0734-3685

**Audrey Vidal Pereira<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-6570-9016

**Laena Costa dos Reis<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0001-5042-1370

**Giovanna Rosário Soanno Marchiori<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-0498-5172

**Maria Bertilla Lutterbach Riker Branco<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-5117-644X

<sup>I</sup> Universidade Federal do Pará. Belém, Pará, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>III</sup> Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

## Como citar este artigo:

Rodrigues DP, Alves VH, Paula CC, Vieira BDG, Pereira AV, Reis LC, et al. Humanized childbirth: the values of health professionals in daily obstetric care.

Rev Bras Enferm. 2022;75(2):e20210052.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0052>

## Autor Correspondente:

Diego Pereira Rodrigues

E-mail: [diego.pereira.rodrigues@gmail.com](mailto:diego.pereira.rodrigues@gmail.com)



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Carina Dessotte

Submissão: 22-02-2021

Aprovação: 06-06-2021

## RESUMO

**Objetivo:** Compreender os valores dos profissionais de saúde no processo de pensar e sentir do cuidado obstétrico, baseando-se em suas carências vivenciadas no processo de cuidar. **Métodos:** Estudo fenomenológico fundamentado no referencial scheleriano, com 48 profissionais de saúde de quatro maternidades da Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi por entrevista fenomenológica; e a análise, com o referencial metodológico ricoeuriano. **Resultados:** O valor vital foi significado no cuidado centrado nos processos fisiológicos, para um acompanhamento individualizado e seguro. O valor ético foi significado nas atitudes que oportunizam autonomia da mulher em sua forma de parir e reconhecem o diálogo como processo de relação de simpatia, afetividade e criação de vínculo. **Conclusão:** A resignificação da prática obstétrica, articulada com as políticas públicas no campo do parto e nascimento, sustentada por um valor vitalético, contribui positivamente na humanização do cuidado às mulheres.

**Descritores:** Centros de Saúde Materno-Infantil; Parto Humanizado; Enfermagem Obstétrica; Obstetrícia; Filosofia em Enfermagem.

## ABSTRACT

**Objective:** To understand health professionals' values in the process of thinking and feeling about obstetric care, based on their experienced needs in the care process. **Methods:** Phenomenological study based on the Schelerian framework, with 48 health professionals from four maternity hospitals within the Metropolitan Region II of the state of Rio de Janeiro. Data collection was done through a phenomenological interview; and the analysis, with the Ricoeurian methodological framework. **Results:** The vital value was signified in care centered on physiological processes, for an individualized and safe monitoring. The ethical value was signified in the attitudes that provide women with autonomy in their way of giving birth, and recognize dialogue as a process of sympathy, affection, and bonding. **Conclusion:** The resignification of obstetric practice, articulated with public policies in the field of delivery and birth, supported by a vital ethical value, positively contributes to the humanization of care for women.

**Descriptors:** Maternal-Child Health Centers; Delivery of Health Care; Obstetric Nursing; Obstetrics; Philosophy, Nursing.

## RESUMEN

**Objetivo:** Comprender valores de profesionales de salud en el proceso de pensar y sentir del cuidado obstétrico, basándose en sus carencias vividas en el proceso de cuidar. **Métodos:** Estudio fenomenológico fundamentado en el referencial scheleriano, con 48 profesionales de salud de cuatro maternidades de la Región Metropolitana II de Rio de Janeiro. Recolección de datos fue por entrevista fenomenológica; y el análisis, con referencial metodológico ricoeuriano. **Resultados:** El valor vital fue significado en el cuidado centrado en procesos fisiológicos, para un acompañamiento individualizado y seguro. El valor ético fue significado en actitudes que posibilitan autonomía de la mujer en su manera de parir y reconocen el diálogo como proceso de relación de simpatía, afectividad y construcción de vínculo. **Conclusión:** La resignificación de la práctica obstétrica, articulada a políticas públicas en el campo del parto y nacimiento, sustentada por un valor vital-ético, contribuye positivamente en la humanización del cuidado a mujeres.

**Descriptorios:** Centros de Salud Materno-Infantil; Parto Humanizado; Enfermería Obstétrica; Obstetrícia; Filosofía en Enfermería.

## INTRODUÇÃO

Por intermédio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS), a atenção ao parto vem se transformando ao longo dos anos no cenário mundial e no Brasil, com a formulação de diretrizes para o parto normal, direcionado para a revisão de saberes, condutas e práticas obstétricas no campo do nascimento<sup>(1-2)</sup>. Essas mudanças são fruto da construção coletiva do movimento iniciado por mulheres, profissionais, gestores de saúde e pesquisadores desde a década de 1980 em prol da saúde materno-infantil. Tais mudanças possibilitaram uma ressignificação das práticas obstétricas dos profissionais de saúde, em linha com os valores schelerianos<sup>(3-6)</sup>, ou seja, sustentadas no respeito, na qualidade da assistência, no protagonismo, autonomia, satisfação das mulheres, na segurança e num cuidado ancorado nas evidências científicas<sup>(7-11)</sup>. Porém, o excesso de intervenções desnecessárias ainda faz parte do cotidiano assistencial, inclusive nas maternidades no Brasil.

As mulheres são submetidas a inúmeros procedimentos obstétricos, como a episiotomia, manobra de Kristeller, medicalização de ocitócitos, tricotomia, lavagem intestinal, além da epidemia de cesariana no país<sup>(2,7-14)</sup>. Estudos apontam obstáculos na estrutura organizacional da gestão do trabalho e atitudes profissionais, por vezes, discriminatórias, preconceituosas, violentas e incoerentes com as boas práticas de atenção ao parto e nascimento e com a prática baseada em evidências<sup>(8,12-14)</sup>, indo contra as necessidades biopsicossociais das mulheres e dos seus valores da assistência<sup>(4-6,15-18)</sup>.

Diante disso, o movimento da humanização do parto ampliou políticas públicas de saúde no campo reprodutivo desde os anos 2000 para qualificar a atenção materno-infantil e fornecer um cuidado digno e respeitoso para as mulheres, com incentivo de sua autonomia e protagonismo, garantindo seus direitos sexuais, reprodutivos e humanos, bem como os seus valores<sup>(3-6,15-18)</sup>. Esse movimento possibilitou uma linha de intervenções coerente com o Objetivo 5 (Melhoria da saúde materna) dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM); e, atualmente, com o Objetivo 3 (Saúde e bem-estar) dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Dentre essas intervenções, está a criação de políticas públicas como: Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN)<sup>(10)</sup>; Política Nacional de Humanização (PNH)<sup>(19-20)</sup>; Estratégia Rede Cegonha<sup>(11,20)</sup>; além das novas Diretrizes Nacionais da Assistência ao Parto Normal do MS<sup>(21)</sup>. Tais políticas promoveram acessibilidade e resolutividade; ampliação dos cuidados obstétricos; construção/reforma de unidades; capacitação/alteração de condutas profissionais; reorganização do processo de trabalho com ênfase no modelo colaborativo de equipe multiprofissional; incentivo ao parto normal/natural/fisiológico; e diminuição das intervenções obstétricas<sup>(22)</sup>, com a valorização da subjetividade, individualidade do cuidado e dos valores e expectativas das mulheres<sup>(3-6,15-18)</sup>.

O sentido da humanização envolve atitudes, práticas, condutas e comportamentos pautados no desenvolvimento saudável dos processos de parto e nascimento, com o respeito à individualidade, singularidade e valorização das mulheres<sup>(8)</sup>. Essa humanização destina-se às usuárias do serviço, aos profissionais e aos gestores de saúde, com o objetivo de alcançar a qualidade e segurança

no cuidado ao parto e nascimento. Desse modo, o movimento de humanização da assistência, com destaque para o parto humanizado, buscou realinhar a autonomia da mulher versus o poder sobre os corpos das mulheres centrado nos profissionais de saúde por meio de normas institucionais<sup>(13-14)</sup>.

Assim, a humanização nos processos de cuidado ao parto possibilita a abertura de diálogos no campo dos saberes, nas práticas de saúde e nos modos instituídos do trabalho em saúde<sup>(19)</sup>. Tais modos são estabelecidos no/com o processo de coresponsabilidade para a transformação da realidade do trabalho em si e no conjunto de atores. Isso evidencia a estreita relação entre sentidos, motivação, satisfação e percepção de valor<sup>(3-6)</sup> que configura os aspectos do trabalho vivo<sup>(23)</sup>.

Nessa perspectiva, a compreensão filosófica scheleriana abre espaço para análises do contexto atual da humanização no cenário brasileiro. A concepção valorativa aponta que o valor é tudo que é de estima para o ser humano<sup>(24-25)</sup> e que, na dimensão intuitiva, vale para a vida da pessoa<sup>(26)</sup>. Todo valor agregado pela pessoa tem por finalidade o preenchimento de suas carências, anseios e necessidades vivenciais<sup>(24)</sup>, aqui representado no processo de parturição. Esse processo é do mundo da vida, e os valores são vivenciados por cada pessoa envolvida. Na dimensão conceitual de sua teoria, três pontos são importantes: o valor, o contravalor e o não valor. Segundo o pensamento scheleriano, tudo que tem um sentido de oposição ao valor constitui o contravalor, como podemos assim exemplificar: em sendo valor a “saúde” e o contravalor a “utilização de uma alimentação inadequada”, com consumo de gorduras prejudiciais e produtos ultraprocessados, essa alimentação é uma oposição ao valor “saúde”; e o não valor significa a total indiferença ao valor “saúde”<sup>(24)</sup>.

O estudo emergiu com base nas experiências no ambiente do cuidado obstétrico e assumiu o teor dos valores positivos oriundos do processo de humanização, em que se percebeu a limitação de estudos relacionando a assistência obstétrica ao referencial teórico em questão; estes abordavam, em sua maioria, os valores da amamentação e da educação<sup>(4,6,15-17)</sup>. Portanto, fez-se necessário a investigação nesse campo de cuidado das mulheres. Desse modo, utilizou-se a seguinte questão norteadora: Quais são os significados valorativos dos profissionais de saúde no processo de trabalho em relação ao parto e nascimento humanizado?

Os valores para a humanidade (pessoa) vão ao encontro da ciência, do respeito e da justiça social<sup>(24)</sup>. Na humanização, há o encorajamento para que os valores e expectativas das mulheres sejam respeitados, como a vida da mulher e do bebê perante a fisiologia da parturição, com a sustentação de uma prática profissional qualificada, segura e baseada em evidências científicas como modo de cuidar em colaboração com as pessoas envolvidas<sup>(1-2,14,19)</sup>. Nesse sentido, tendo por base o modelo humanizado para parto e nascimento, os profissionais de saúde traduzem diariamente em seu cotidiano valores que podem ser favoráveis ou contrários às necessidades das mulheres ora gestantes<sup>(1-2,11,19-20)</sup>.

## OBJETIVO

Compreender os valores dos profissionais de saúde no processo de pensar e sentir do cuidado obstétrico, baseando-se em suas carências vivenciadas no processo de cuidar.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) da Universidade Federal Fluminense (UFF). Foi garantida a participação voluntária mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para preservar o anonimato, os depoentes receberam uma codificação alfanumérica (PS1, PS2, PS3, ...PS48).

### Referencial teórico-metodológico e tipo de estudo

Trata-se de estudo fenomenológico, sustentado na Teoria de Valores de Max Scheler, para a compreensão valorativa<sup>(24)</sup>. O referencial teórico escolhido retrata que os valores existem a priori, pois prevalecem para o homem, são independentes de qualquer personalidade de quem o porta e são apreendidos por meio de um processo<sup>(24)</sup>. Os valores estão presentes na vida dos profissionais de saúde influenciando seu fazer e agir<sup>(27)</sup>. A percepção de estar no mundo, aqui representada no cuidado ao parto e nascimento, possibilita o acesso aos valores, que estão fundados no seu sentir. Os valores são hierarquizados em categorias em ordem crescente: 1) valores úteis; 2) valores vitais; 3) valores espirituais, que incluem os valores estéticos/morais, éticos, intelectuais (lógicos); e 4) valores religiosos<sup>(24-27)</sup>.

Este artigo destaca os valores de um cuidado obstétrico alinhado com o modelo humanizado. A redação do estudo seguiu os critérios apresentados no *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*<sup>(28)</sup>, que visa a qualidade e a transparência do relato da pesquisa qualitativa em saúde.

### Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada em maternidades de hospitais públicos do SUS da Região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro, a saber: Hospital Universitário Antônio Pedro; Hospital Estadual Azevedo Lima; Maternidade Municipal Dr.<sup>a</sup> Alzira Reis Vieira; Maternidade Municipal Dr. Mario Nijjar. Os cenários foram eleitos segundo o critério: ser instituição pública com um quantitativo superior a mil nascimentos/ano.

### Fontes dos dados

A população elegível foi em média 36 profissionais (18 médicos obstetras e 18 enfermeiros obstétricos) em cada maternidade, tendo sido fornecido pela gerência o número de profissionais. Em segundo momento, foi realizado o recrutamento por conveniência, sendo realizado o convite com a apresentação do objetivo e informações sobre o estudo. A realização da coleta de dados se deu pelo pesquisador principal em cada maternidade, no turno de trabalho dos profissionais pesquisados que atenderam aos critérios de elegibilidade.

Nesse momento, os seguintes critérios de inclusão foram aplicados: ser profissional de enfermagem obstétrica e médico obstetra; e atuar no cuidado à mulher no processo de parto e nascimento. Foram excluídos os profissionais com tempo de serviço inferior a seis meses.

Após a aplicação dos critérios, os participantes elegíveis foram convidados para a entrevista. O encerramento da coleta foi por suficiência de significados<sup>(29)</sup> quando a análise, desenvolvida concomitantemente, indicou que os significados obtidos respondiam ao objetivo da pesquisa, ou seja, não era mais necessária a inclusão de novos participantes. Então, o quantitativo de participantes não foi predeterminado e totalizou 48 profissionais de saúde, dos quais 12 de cada maternidade, sendo 6 de cada categoria profissional participante do estudo.

### Coleta e organização dos dados

Um dos principais instrumentos para a abordagem dos fenômenos é a entrevista fenomenológica<sup>(29-30)</sup>, que possibilita o acesso aos significados dos participantes do estudo. A entrevista iniciou com a realização de perguntas objetivas para caracterização dos participantes (gênero, idade, formação de instituição na graduação, tempo de atuação na área obstétrica). Seguiu-se com uma questão disparadora, a saber: "Fale sobre o seu cuidado cotidiano com a mulher no processo do parto e nascimento." Com esta, buscou-se a apreensão dos valores expressos pelos participantes no cuidado obstétrico. Durante a entrevista, o pesquisador adotou uma postura de ouvinte e, ao mesmo tempo, de estimulador, de modo que, quando sentia necessidade de obter mais informações, solicitava que o entrevistado falasse mais sobre o assunto em questão<sup>(30)</sup>.

Os dados foram coletados individualmente no período de abril de 2017 a abril de 2018, no local de trabalho dos participantes, numa sala reservada (consultório) nas unidades de saúde, somente com a presença do pesquisador principal e do participante, garantindo a não interrupção do diálogo. As entrevistas foram desenvolvidas em um único momento com cada participante, com duração média de 45 minutos cada. Os discursos foram audiogravados em aparelho digital, com autorização prévia dos participantes, e, posteriormente, transcritos na forma literal. Depois, sucedeu o tratamento do material.

### Análise dos dados

A análise foi desenvolvida segundo a Teoria de Interpretação<sup>(31)</sup> e seguiu estas etapas: 1) Leitura inicial, em que o pesquisador principal desenvolveu a escuta do material audiogravado, leu a transcrição e fez as primeiras leituras do texto escrito, isentas de julgamentos, em busca da relação entre a produção de significados (na entrevista) e sua primeira apreensão (na leitura das transcrições), quando realçou (com cor), no texto, os primeiros significados identificados; 2) Leitura crítica, quando foi realizada a leitura da palavra, da frase, do parágrafo e do texto como um todo (discurso) em busca da ampliação da apreensão dos significados (foram destacados com cor outros significados identificados pelo pesquisador) e a organização deles (foi utilizada codificação cromática para significados semelhantes com categorização empírica para formar as unidades de significado e seus respectivos sentidos); 3) Apropriação, desenvolvida com a interpretação dos significados dos profissionais de saúde em relação à violência obstétrica, sustentando-se na Teoria de Valores<sup>(24)</sup>. Os discursos dos participantes foram discutidos tendo por base evidências científicas.

## RESULTADOS

Os profissionais de saúde foram 24 foram enfermeiros obstétricos e 24 médicos obstetras, sendo 39 mulheres e 9 homens. Em relação à idade, a maioria (26) tinha entre 30 e 50 anos; 14 tinham mais de 50 anos; e 8 tinham entre 20 e 29 anos. A maioria (32) se graduou em instituição pública; e 16, em instituição privada. Em relação ao tempo de atuação na área obstétrica, a maioria (20) estava em atividade há mais de 10 anos; 15 atuavam há menos de 5 anos; e 13, entre 5 e 10 anos de atuação.

Os resultados apontaram a unidade de significado: o valor da humanização ao parto e nascimento. É imprescindível a expressão valorativa dos profissionais de saúde no que diz respeito ao cuidado ao parto e nascimento, pois desvelam as vivências que ressignificam os valores por identificarem mudanças no campo científico, das políticas e do protagonismo, da autonomia, expectativas e satisfação das mulheres. É atribuído, assim, valor ao modelo humanizado, que se expressa nos valores vitais e nos valores éticos e morais do cuidado à mulher no parto e nascimento.

A referida unidade de significado contemplou os sentidos: 1) O valor vital no cuidado obstétrico humanizado; 2) O valor ético do cuidado obstétrico: a simpatia para o cuidado do outro.

### O valor vital no cuidado obstétrico humanizado

O significado do discurso expressa o crescimento e desenvolvimento do profissional de saúde como agente vital para o cuidado e aponta para a valorização da centralidade nos processos fisiológicos, tendo como base para a sua atuação o conhecimento científico.

*O parto humanizado, a gente procura dar uma assistência qualificada [...] sempre dar uma assistência individualizada, com a análise da parte clínica, obstétrica, emocional, procurando sempre dar uma assistência humanizada à paciente, a cada caso, seguindo as evidências. (PS06)*

*Mudou muito no decorrer dos meus quase 30 anos de maternidade [...] o parto, a gente encarava como paciente cirúrgico e hoje a gente encara isso de uma forma mais fisiológica [...] eu até acho que o nome "parto normal" é uma coisa que deveria deixar de existir, deve ser parto fisiológico [...] criar condições que favoreçam a fisiologia: isso se traduz em segurança da mulher. (PS34)*

*O parto é um evento natural que se dá fisiologicamente, é um momento de extrema transformação para mulher/mãe e para criança obviamente, respeitando a fisiologia, pois devemos estar atentos a qualquer mudança fisiológica: isso é vital. (PS18)*

A fisiologia é reconhecida como um valor em si mesmo, pois vale para o processo de parto natural. Nota-se a apreensão do valor vital, essencial para o reconhecimento do valor do saudável e do fisiológico. Além de oferecer condições de compreender o bem-estar como inerente à vida da mulher e de seu bebê, essa apreensão atribui-lhes o valor essencial à vida.

O profissional também expressa o cuidado obstétrico humanizado quando reconhece a distinção entre o normal, significando fisiológico, como um evento natural, e o normal remetendo a

norma ou rotina, como um evento atravessado por excesso de intervenções e manipulações desnecessárias do corpo da mulher.

*O parto natural, ele é simplesmente perfeito, fisiológico não é parto normal [...], porque, como a gente aqui [na maternidade] acaba acompanhando a mulher desde o início do trabalho de parto [...], então, a gente pega todas as fases dela, em que ela chega empolgada com esse parto, quando tem as dores, assim a gente está acompanhando, estimulando, explicando passo a passo. Não é rotina: cada mulher é uma; esse cuidado garante o bemestar. (PS10)*

Os discursos reforçam o valor vital como um bem-estar desejável para todos os seres humanos que valoram o seu existir na vida e, simultaneamente, expressam seu sentir emocional, dando sentido ao seu bem-estar para a garantia da sua saúde no momento do parto e nascimento. O modelo humanizado do parto permite trazer uma nova ótica valorativa para o entendimento da parturição como um processo natural, ressignificando os valores do profissional no cuidado obstétrico.

### O valor ético do cuidado obstétrico: a simpatia para o cuidado do outro

O profissional valorava o cuidado centrado na autonomia e liberdade da mulher em sua forma de parir e oportuniza a escolha informada, sustentada em evidências científicas, para manter a segurança do cuidado. Essas atitudes apontam para a ressignificação dos valores na assistência obstétrica e reforçam o modelo humanizado.

*"Vamos ficar de cócoras um pouco." Mas aqui, eu já falei até com o coordenador médico, o nosso chefe tem uma banquetinha que é muito útil no trabalho de parto, que ela [mulher] pode ficar sentadinha na banquetinha, e você pode colocar um familiar ou um profissional por detrás, que ela pode apoiar na posição vertical para favorecer, mas ele falou que vai providenciar, que a obra está acontecendo. (PS25)*

*Então, a gente tenta valorizar as escolhas da paciente [mulher] desde o início, entendo as mudanças [...] a humanização deve ser o foco, com uma assistência individualizada com a mulher, reafirmando os valores das evidências científicas. (PS27)*

*Sabe-se que também a posição deitada não é uma posição que favoreça a fisiologia, é o tradicional, mas na verdade não é o parto mais natural, a posição que geralmente a mulher assume instintivamente para o parto quando ela está só ou é de quatro ou é agachada [...]. Ela geralmente fica mais para vertical do que deitada, só que se convencionou deitar, então, às vezes a pessoa vai lembrar que viu na televisão que é deitada: "Vou deitar!" Mas, instintivamente não é, tanto que a mulher, quando está em contração, ela dá preferência de estar sentada ou caminhando ou agachada, dá um alívio melhor, nos quadris, na posição e relaxa mais. (PS46)*

Tais discursos valoram o ético do profissional, em que o valor coaduna com a intuição emocional. Os profissionais de saúde apontam o valor ético, que, por meio de um cuidado simpático, compreende os sentimentos do outro, é afetado pelo outro e se envolve em trocas afetivas.

A ética torna-se um valor que possibilita melhores práticas de saúde, como a afetividade do cuidado, produzindo uma relação simpaticizante. Nesse teor, tais significados expressam uma resignificação do parto e nascimento como algo belo, único e de redescoberta, fortalecendo a humanização em saúde enquanto um valor ético para o cuidado obstétrico:

*O parto é a coisa mais bela que o corpo humano consegue fazer, é um momento em que a mulher se redescobre como pessoa, é o momento em que a mulher se redescobre como mãe, ela consegue perceber que pode parir. (PS36)*

*Esse momento do parto e do nascimento para mim é único. Nós, profissionais, devemos estar ao lado da mulher, com a mulher, isso é ético. As evidências científicas mostram isso com clareza; isso é um valor fundamental para um cuidado seguro e ético. (PS44)*

Os profissionais de saúde mostram a importância do diálogo enquanto processo de relação para o cuidado qualificado. Tal diálogo possibilita a criação de vínculo e a relação de simpatia, na medida em que esta se desvela em uma relação afetiva com a mulher, com seu cuidado e sua saúde. Somente quando se determina o vínculo, é possível simpaticizar com o outro.

*Uma atenção qualificada está correlacionada com a nossa ética, então, em um modelo humanizado, devemos criar vínculo com ela [mulher], para que possamos acolher, ouvir, interagir, criar vínculo e afeto com essa mulher e para que ela [mulher] se sinta segura com as nossas ações no cuidado dela. (PS01)*

*Eu acho que o diálogo é essencial, pois temos várias mulheres de diversos níveis socioculturais ou socioeconômicos [...] você tem que conversar, entender o que a mulher fala, mas eu acho que basicamente você tem que ter uma boa relação médico-paciente com diálogo e afeto. (PS43)*

Assim, o valor ético se incorpora na forma pela qual os profissionais de saúde agem com as mulheres e cuidam delas, em que se estabelece a afetividade de estar com o outro e cuidar do outro. O cuidado simpático visa ao outro (parturiente) em sua integralidade de ser mulher parindo e se torna possível quando está direcionado para a individualidade da mulher.

## DISCUSSÃO

As expressões valorativas reveladas pelos discursos dos depoentes deste estudo viabilizaram discutir o valor vital-ético no cuidado obstétrico humanizado para o cuidado do outro<sup>(32)</sup>. Primeiro, menciona-se que a saúde se constitui como um valor vital, traduzido de forma efetiva como algo essencial ao bem-estar. Esse valor vivenciado pelo cuidado de enfermeiros e de médicos no cotidiano das maternidades se relaciona com o sentido valorativo scheleriano<sup>(24)</sup>, em que a intuição emocional do homem permite que ele faça uma referência imediata ao objeto (valor), sendo, este, fruto da carência existencial<sup>(25-26)</sup>. A busca pelo valor vital, que o modelo humanizado oportuniza aos profissionais de saúde na busca de sua plenitude, favorece o desenvolvimento e crescimento do profissional. Assim, o objeto vale para o ser humano, pois este, de fato, preenche suas necessidades.

Percebe-se que os discursos dos profissionais de saúde se direcionam para uma resignificação (um novo significado pela nova visão de mundo), abarcando a humanização como processo para garantir o valor vital<sup>(24-25)</sup>. O modelo humanizado reforça a abertura para um cuidado vital às mulheres e aos seus bebês. Nessa transição, o modelo obstétrico configura-se em valores facetados: os valores vitais apoiam-se nos valores centrados nos processos fisiológicos, isto é, num valor primordial para assegurar a vida humana.

Dessa forma, a humanização dialoga com os valores vitais alinhados com o bem-estar das mulheres e dos bebês<sup>(24)</sup>, com destaque para a redução da medicalização, especificamente das cesarianas eletivas, e para a eliminação de técnicas de assistência que limitam e prejudicam a liberdade física das mulheres no trabalho de parto<sup>(2,7-12)</sup>. A humanização, nos discursos dos participantes, reforça o valor vital expresso na garantia da centralidade do cuidado à mulher dentro do campo dos processos fisiológicos do parto, em que constitui um valor em si mesmo<sup>(24-26)</sup>, garantindo o bem-estar ao binômio mãe-bebê. Isso se expressa na mudança do significado da parturição como um evento não mais normal (norma ou rotineiro), repleto de intervenções desnecessárias, e sim na compreensão de um parto fisiológico, possibilitando um maior diálogo para a tomada de decisões de forma compartilhada e com foco na integralidade do cuidado à mulher<sup>(2,14,19-21)</sup>. Desse modo, o modelo de humanização fortalece esse sentido de novos significados da atuação profissional no cuidado obstétrico, com seu exercício centrado nos processos fisiológicos do parto e nascimento.

Um destaque para essas mudanças de práticas e saberes está relacionado à influência das propostas realizadas pelas políticas públicas, como da PNH e, especialmente, da Estratégia Rede Cegonha, que reafirmam o valor vital do parto<sup>(24)</sup>, sustentadas pelo reconhecimento da centralidade dos processos fisiológicos. Desse modo, os valores vitais se constituem como base do exercício profissional, orientado pelo valor da vida, tendo o bem-estar e a segurança como marcos para o alcance da plenitude da vida saudável<sup>(16-24)</sup>. Convém ressaltar que o valor da sensibilidade, correspondente ao bem-estar, é interpretado de modo significativo pelos profissionais de saúde no campo da centralidade dos processos fisiológicos do parto e está em linha com o modelo humanizado. Isso conduz à compreensão do valor vital como potencialidade do cuidado obstétrico, a fim de realizar o parto e nascimento com um acompanhamento individualizado e seguro<sup>(7-9,14,19,24-29)</sup>.

Assim, a transição de modelo obstétrico se torna uma necessidade essencial para a transformação da assistência ao parto e nascimento, conforme os discursos dos profissionais de saúde. Portanto, essa atenção se sustenta nos valores conjugados para o bem-estar, valores vitais, ou seja, essenciais à vida<sup>(24)</sup>. Esses valores também estão presentes no alinhamento das políticas públicas de saúde no campo obstétrico. Os valores vitais são inerentes à dignidade humana, na autonomia na forma de parir, com o respeito às suas escolhas, alinhando-as ao valor da justiça e do direito à vida<sup>(24-25,33)</sup>.

Esse reconhecimento também se consolida na valorização da ciência para garantir um cuidado qualificado, pois, quando os profissionais de saúde sustentam sua atuação pelas recomendações científicas<sup>(2)</sup>, se perpetua o valor à vida, garantindo

um cuidado individualizado para a segurança. Por fim, quando o profissional valoriza a humanização, ele tende a reconhecer o sentido da vitalidade do seu cuidado como essência vital para o outro<sup>(24,32)</sup>. Reconhece-se, portanto, a mulher como sujeito com autonomia no ato de parir, dentro dos seus direitos, e o cuidado como um valor em si mesmo, validando, com isso, a segurança da parturiente e do recém-nascido<sup>(1-2,7-14,24-26)</sup>.

Há uma valorização nos discursos dos profissionais de saúde quando trazem as recomendações científicas<sup>(1-2,7-11,21)</sup>, que qualificam a prática assistencial ao parto normal centrada nas necessidades das mulheres, classificando-a em categorias relacionadas à carência de cada mulher, reconhecendo a singularidade e particularidade do cuidado e possibilitando o desenvolvimento do profissional. Por consequência, o valor basilar (vital) tem como meta estimular a utilização de cuidados úteis<sup>(24-26)</sup> em vez de práticas prejudiciais e/ou ineficazes, que devem ser evitadas e abolidas no cotidiano das maternidades. Desse modo, quando se propõe um cuidado individualizado, valorizando a ciência e os sentimentos, rompe-se com a rotina instituída pelo modelo tecnocrático que valora o mesmo padrão de assistência para todas as mulheres em trabalho de parto; contrapõe-se ao processo parturitivo em série. Assim, a humanização permite essa intuição valorativa científica, com base no valor vital e na formação (busca de conhecimento) como um processo humanístico, uma formação voltada para os saberes do espírito<sup>(1,9-12,21,24-26,34)</sup>.

Logo, considerar o valor ético<sup>(24,32)</sup> no processo da parturição é valorar o bem-estar do parto e nascimento, uma atenção facilitadora de aberturas para as emoções e sentimentos da mulher que vivencia o parto. Esses processos afetam o seu existir emocional, e sua autoestima se expressa para além da razão<sup>(24-26)</sup>, com influência na sua autonomia de parir. Dessa maneira, o profissional reconhece o valor da humanização e encontra eco para concretizar um cuidado humanizado, basilar para a instauração do valor ético<sup>(32)</sup>, e se firma no desenvolvimento do sentimento por parte do profissional de saúde diante da vida e para com a mulher. O valor ético permite que a conduta profissional contribua com o cuidado compartilhado: por exemplo, isso ocorre quando ele fomenta na mulher a liberdade sobre o modo de parir, estimulando posições mais verticalizadas, como parto em cócoras e na banquetta, que garantem mais conforto e bem-estar da parturição; assim, evita-se o parto horizontal como a forma tradicional do nascimento e, conseqüentemente, as intervenções na cena do parto.

Os valores éticos<sup>(32)</sup> estão, intrinsecamente, interligados à realização de um dinamismo congruente para um cuidado qualificado e seguro, sustentados no valor das evidências científicas (ética vs. evidência científica), as quais são captadas pelo cotidiano das maternidades no pleno exercício da prática assistencial associada ao valor da verdade produzido pelos processos do conhecimento<sup>(1,7-14,24-25)</sup>. Entretanto, a transgressão dos valores éticos se mostra em condutas contrárias à ciência, não garantindo o estar e cuidar da mulher, nem sua liberdade, tal qual propõe a humanização<sup>(27)</sup>.

Dessa forma, o sentido do cuidado obstétrico se estabelece na afetividade como faceta do valor ético<sup>(2,21,24,32)</sup>, na escuta das mulheres que desejam posições mais verticalizadas, potencializando um parto seguro e inibindo as intervenções desnecessárias. Esse cuidado centrado no diálogo potencializa a confiança e oportuniza um compartilhamento de decisões, com corresponsabilidade e

promoção de uma autonomia para a vivência do parto prazeroso, com valores incorporados pela humanização<sup>(11-14,19-20,24-25,35-36)</sup>.

Já quanto aos significados dos profissionais de saúde no parto e nascimento, o valor ético<sup>(24,32)</sup> mostrou-se por meio de um cuidado simpático (afetividade) para com o outro<sup>(24-25)</sup>. Esse valor ético é estabelecido nas relações entre a mulher e o profissional de saúde, em que, com a intencionalidade do profissional para a afetividade com o outro, desenvolve-se uma aproximação à mulher<sup>(16-19,24,29,32,37)</sup>.

Essa concepção scheleriana<sup>(24)</sup> sustenta que, por intermédio do afeto, se estabelece a capacidade de simpatizar com o outro, percebendo-o como humano e não como um mero objeto. Trata-se de um posicionamento importante para os princípios que regem a humanização, com o respeito à mulher e sua individualidade, singularidade, autonomia e criação de vínculos como propósito da realização de condutas fundadas na humanização<sup>(24-26,32,37)</sup>. Os valores éticos são mediados pelos atos laborais que consolidam o bem de determinada sociedade, coletivo de pessoas ou indivíduo<sup>(24-26,32,37)</sup>. Assim, estes são valores superiores, o valor da vida humana e o valor espiritual, por isso tornam-se valores precípuos e sadios para a humanidade<sup>(24)</sup>, aqui representados pelo ato de assistir o processo de parturição.

Desse modo, a humanização se articula com o valor ético<sup>(32)</sup> e possibilita um ensaio para um cuidado pautado na afetividade, potencializando esboçar o uso de valores ao outro, no cuidado em saúde, revelando-se, inclusive, a construção de valores no cuidar simpatizante<sup>(24-25)</sup>. Isso porque, simpatizar com o outro é estabelecer um diálogo, com criação de vínculo, unificando um ato afetivo que motiva a ação para um cuidado do outro (compreender o que o outro vive e como vive)<sup>(32)</sup>.

Compreende-se, portanto, que os discursos dos profissionais de saúde ratificam que a humanização é sustentada pelo valor ético no cuidado afetivo<sup>(32)</sup> e singular com o outro. Esse exercício na subjetividade em zelar pelo outro (simpatia) considerando as condutas obstétricas eficazes propicia um cuidado singular. Já que esse cuidado com o outro é um impulso afetivo, cuja primeira manifestação é a simpatia do ser para si e para o outro, implica múltiplas transformações com os sujeitos envolvidos (a mulher, o companheiro e a família), fortalecendo, dessa forma, as relações afetivas, sociais e espirituais<sup>(26,32,37-38)</sup>. Isso nos leva a reconhecer que as mulheres têm conhecimentos próprios sobre seu corpo e que seus saberes devem ser compartilhados no processo da parturição, a fim de garantir a ética do cuidado integral<sup>(1-2,7-14)</sup>.

Deduz-se que o valor ético<sup>(24,32)</sup> é concebido como um cuidado, baseado na vivência singular, que exige o nosso respeito, carinho e amor, quando observadas as questões concernentes à preservação do outro enquanto ser humano. Vê-se o cuidado ético responsável se manifestar em valor universal<sup>(32)</sup>. Assim sendo, o valor ético se torna uma essência transformadora da prática cotidiana e deve ser e estar com o outro, exaltando os seus direitos humanos<sup>(25-27,32,37-39)</sup>.

A pessoa é o centro de toda fundamentação ética, e os atos genuínos de simpatizar ostentam um valor ético positivo<sup>(24,32)</sup>. A simpatia se encontra inseparável dos aspectos do cuidado à pessoa<sup>(32)</sup>. Então, quando o profissional de saúde, ao assistir o parto, se defronta com significados que se estabelecem como conexão afetiva com o cuidado simpatizante<sup>(32,37)</sup>, ele entende a sua aproximação com o ser humano em sua totalidade<sup>(32)</sup> e com a

humanização, permeada pela aproximação do significado concreto do nascimento como um valor em si mesmo.

Dessa forma, é necessário que o profissional de saúde compreenda o valor do cuidado obstétrico em sua totalidade quando, ao escutar a mulher, interage com suas angústias e expectativas. Com essa ação, potencializa a afetividade e a criação de vínculos, pois há uma simpatia com a mulher, e esse processo simpatizante com o outro produz um cuidado mais qualificado, seguro e compartilhado. Assim, a humanização permite que os profissionais de saúde estabeleçam novos significados na parturição, com base no cuidado vital e ético, sendo o elo para que a mulher seja vista, ouvida e entendida com um cuidado integral. Além disso, o profissional de saúde, nas suas dimensões valorativas preferenciais, contribui no seu ato intuitivo de reorganização da hierarquia de valores, sendo uma situação essencial para a transformação de sua atitude no cuidado obstétrico.

### Limitações do estudo

Como limitação do estudo, menciona-se a impossibilidade institucional em realizar uma análise documental referente às descrições das práticas assistenciais relatadas pelos profissionais nos documentos institucionais.

### Contribuições para a área da Enfermagem

Ressalta-se que o cuidado centrado nos valores vitais e éticos possibilita um cuidado qualificado e seguro, pois valorar a gestante é sentir e estar com o outro em sua integralidade. Assim, os serviços obstétricos devem estar alinhados para dar novos sentidos ao cuidado à mulher no cotidiano da parturição que o modelo de humanização traz em evidência.

O compartilhamento das ações em saúde é um valor necessário nas relações entre profissional de saúde, gestores e usuárias do serviço. Deve-se orientar pelos valores vitais e éticos, objetivando exercer um cuidado simpatizante com o outro, com foco nos direitos humanos, nos direitos das mulheres, na justiça e nas evidências científicas, que não podem estar desvinculados do processo de cuidar em saúde.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de saúde, concomitantemente, descortinam significados sobre a humanização da assistência obstétrica e discorrem sobre as potencialidades da humanização para mudança do cuidado, dando novos sentidos, alinhados aos valores vitais e éticos, firmados nas relações afetivas por meio do processo simpatizante. Eles ressignificam o seu modo de cuidado, baseando-se na humanização, e expressam o valor vital e ético como fundamento para essa mudança, em oposição à utilização de princípios tecnológicos na parturição.

A ressignificação da prática obstétrica surge articulada com as políticas públicas de saúde, no campo do parto e nascimento, com a inserção do valor vital e ético para a vida das mulheres e seus bebês, intervindo na forma de cuidar das mulheres. O cuidado qualificado, seguro e compartilhado é conjugado com a afetividade, com o cuidado com o outro.

### FOMENTO

Fundação de Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro - FAPERJ.

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da Universidade Federal do Pará.

### REFERÊNCIAS

1. Kottwitz F, Gouveia HG, Gonçalves AC. Route of birth delivery preferred by mothers and their motivations. *Esc Anna Nery*. 2018;22(1):e20170013. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0013%20>
2. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2020 Feb 14]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
3. Lopes M, Reis RR. Max Scheler: o conceito de pessoa e as críticas de Martin Heidegger. *Ekstasis*. 2016;5(1):14-33. <https://doi.org/10.12957/ek.2016.19509>
4. Guimarães GL, Chianca TCM, Goveia VR, Souza KV, Quispe Medonza IY, Viana LO. The social value in nursing students' discourse: a phenomenological encounter with Max Scheler. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(3):e2690015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016002690015>
5. Silva LA, Alves VH, Rodrigues DP, Vieira BDG, Marchiori GRS, Santos MV. The humanization of prenatal care under the pregnant women's perspective. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2018;10(4):1014-19. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1014-1019>
6. Alves VH, Padoin SMM, Rodrigues DP, Branco MBLR, Marchiori GRS, Santos MV. Percepção das nutrizes acerca do valor útil do apoio ao aleitamento materno. *J Nurs Health*. 2018;8(3):e188306. <https://doi.org/10.15210/jonah.v8i3.14166>
7. Mouta RSO, Progiante JM. Process of creating the Brazilian association of midwives and obstetric nurses. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(1):e5210015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005210015>
8. Possati AB, Prates LA, Cremonese L, Scarton J, Alves CN, Ressel LB. Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. *Esc Anna Nery*. 2017;21(4):e20160366. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0366>
9. Amaral RCS, Alves VH, Pereira AV, Rodrigues DP, Silva LA, Marchiori GRS. The insertion of the nurse midwife in delivery and birth: obstacles in a teaching hospital in the Rio de Janeiro state. *Esc Anna Nery*. 2019;23(1):e20180218. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0218>
10. Pereira RM, Fonseca GO, Pereira ACCC, Gonçalves GA, Mafrá RA. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. *Ciênc Saude Colet*. 2018;23(11):3517-24. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.07832016>

11. Bourguignon AM, Grisotti M. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2020;27(2):485-502. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702020000200010>
12. Lansky S, Souza KV, Peixoto ERM, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. *Cienc Saude Colet*. 2019;24(8):2811-24. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>
13. Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TAF. Factors associated to the type of childbirth in public and private hospitals in Brazil. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):734-41. <https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000600004>
14. Palharini LA. Autonomia para quem?: o discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. *Cad Pagu*. 2017;49:e174907. <https://doi.org/10.1590/18094449201700490007>
15. Guimarães GL, Chianca TCM, Quispe Mendoza IY, Goveia VR, Matos SS, Viana LO. The core values of modern nursing in the light of Dilthey and Scheler. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(3):898-905. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015003480014>
16. Alves VH, Padoin SMM, Rodrigues DP, Silva LA, Branco MBLR, Marchiori GRS. Clinical management of breastfeeding: axiological value from women's perspective. 2016;20(4):e20160100. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160100>
17. Guimarães GL, Quispe Mendoza IY, Werli-Alvarenga A, Barbosa JAG, Corrêa AR, Manzo BF, et al. The art of nursing in the vision of the student: a meeting with Scheler. *Rev Enferm UFPE*. 2018;12(2):456-64. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a23545p456-464-2018>
18. Silva LA, Alves VH, Rodrigues DP, Santos MV, Guerra JVV, Marchiori GRS. Prenatal care: a value in question. *Cogitare Enferm*. 2017;22(2):e49548. <https://doi.org/10.5380/ce.v22i1.49548>
19. Oliveira VJ, Penna CMM. Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(2):e06500015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>
20. Amorim T, Araújo ACM, Guimarães EMP, Diniz SCF, Gandra HM, Cândido MCRM. Perception of obstetrical nurses on the care model and practice in a philanthropic maternity hospital. *Rev Enferm UFSM*. 2019;9:e8. <https://doi.org/10.5902/2179769234868>
21. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2020 Dec 14]. Available from: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)
22. Assis TR, Chagas VO, Goes RM, Schafausser NS, Caitano KG, Marquez RA. Implementação da Rede Cegonha em uma Regional de Saúde do estado de Goiás: o que os indicadores de saúde mostram sobre atenção materno-infantil?. *Rev Electron Comun Inf Inov Saude*. 2019;13(4):843-53. <https://doi.org/10.29397/reciis.v13i4.1595>
23. Souza SAL, Silveira LMC. (Re)conhecendo a escuta como recurso terapêutico no cuidado à saúde da mulher. *Rev Psicol Saude*. 2019;11(1):19-42. <https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.571>
24. Scheler M. Da reviravolta dos valores. 2a ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
25. Pereira RMB. O sistema ético-filosófico dos valores de Max Scheler. Porto Alegre: EST Edições; 2000.
26. Cadena NB. Scheler, os valores, o sentimento e a simpatia. *Rev Etica Filos Politica [Internet]*. 2013[cited 2020 Oct 14];2(16):76-88. Available from: [http://www.ufjf.br/eticaefilosofia/files/2009/08/16\\_2\\_cadena.pdf](http://www.ufjf.br/eticaefilosofia/files/2009/08/16_2_cadena.pdf)
27. Medeiros MB, Pereira ER, Silva RMCRA, Silva MA. Dilemas éticos em UTI: contribuições da teoria dos valores de Max Scheler. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(2):276-84. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200012>
28. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
29. Paula CC, Padoin SMM, Terra MG, Souza IEO, Cabral IE. Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(3):468-72. <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140063>
30. Silva DM, Silva RMCRA, Pereira ER, Ferreira HC, Alcântara VCG. Body perception among individuals with chronic kidney disease: a phenomenological study. *Rev Mineira de Enferm*. 2017;21:e1051. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170061>
31. Ricoeur P. Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação. Lisboa: Edições 70; 2013.
32. Alves VH, Barea R, Werneck VR, Grzibowski S, Rodrigues DP, Silva LA. Ethical care of the other: Edith Stein and Max Scheler's contributions. *Esc Anna Nery*. 2018;22(2):e20170382. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0382>
33. Souza 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*. 2016;20(2):324-31. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160044>
34. Schulz A. Max Scheler: educar é humanizar. *Rev Espaco Pedagogico*. 2017;24(3):552-564. <https://doi.org/10.5335/rep.v24i3.7765>
35. Escobal APL, Matos GC, Gonçalves KD, Quadro PP, Cecagno S, Soares MC. Participation of women in decision-making in the process of parturition. *Rev Enferm UFPE*. 2018;12(2):499-509. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a231114p499-509-2018>
36. Badejoko OO, Ibrahim HM, Awowole IO, Bola-Oyebamiji SB, Ijorotimi AO, Loto OM. Uprightor dorsal?: childbirth positions among antenatal clinic attendees in Southwestern Nigeria. *Trop J Obstet Gynaecol*. 2016;33(2):172-8. <https://doi.org/10.4103/0189-5117.192219>
37. Guimarães GL, Matos SS, Ferraz AF, Manzo BF, Sharry S, Souza MAF. Rediscover of the sympathy in the practice of the nurse in intensive therapy. *Rev Enferm UFPE*. 2017;11(2):491-7. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i2a11966p491-497-2017>

38. Gomes SC, Teodoro LPP, Pinto AGA, Oliveira DR, Quirino GS, Pinheiro AKB. Rebirth of childbirth: reflections on medicalization of the Brazilian obstetric care. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(5):2744-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0564>
  39. Lobst SE, Breman RB, Bringham D, Storr CL, Zhu S, Johantgen M, et al. Associations among cervical dilatation at admission, intrapartum care, and birth mode in low-risk, nulliparous women. *Birth.* 2019;46(2):253-61. <https://doi.org/10.1111/birt.12417>
-