

Boas práticas no processo de parto: concepções de enfermeiras obstétricas

Best practices in the delivery process: conceptions from nurse midwives

Buenas prácticas en el proceso de parto: concepciones de enfermeras obstetricas

Patricia Santos de Oliveira¹

ORCID: 0000-0001-8441-8022

Telmara Menezes Couto¹

ORCID: 0000-0001-6836-8563

Nadirlene Pereira Gomes¹

ORCID: 0000-0002-6043-3997

Luana Moura Campos¹

ORCID: 0000-0001-5671-1977

Keury Thaisana Rodrigues dos Santos Lima¹

ORCID: 0000-0003-0768-1104

Fanny Eichenberger Barral¹

ORCID: 0000-0002-9126-3812

¹Universidade Federal da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Salvador-BA, Brasil.

Como citar este artigo:

Oliveira OS, Couto TM, Gomes NP, Campos LM, Lima KTRS, Barral FE. Best practices in the delivery process: conceptions from nurse midwives. Rev Bras Enferm. 2019;72(2):455-62. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0477>

Autor Correspondente:

Patricia Santos de Oliveira
E-mail: patricia_sdoli@yahoo.com.br

Submissão: 09-06-2018

Aprovação: 09-09-2018

RESUMO

Objetivo: conhecer as concepções de enfermeiras obstétricas sobre o cuidado pautado nas boas práticas às mulheres no processo de parto. **Método:** pesquisa descritiva com abordagem qualitativa desenvolvida em uma Maternidade-Escola Federal. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas com 20 enfermeiras obstétricas, sendo as falas categorizadas conforme análise de conteúdo temática, proposta por Franco. **Resultados:** o estudo revela que o cuidado pautado nas boas práticas deve embasar-se em conhecimento científico, evitar intervenções desnecessárias e incentivar o uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor, a ambiência apropriada, a atenção individualizada, o vínculo e sintonia entre profissional e parturiente, bem como o seu protagonismo. **Considerações Finais:** ao tempo que criticam o excesso de intervenções, as enfermeiras obstétricas valorizam as técnicas não invasivas e as relações interpessoais, bem como as subjetividades da parturiente, o que contribui para o cuidado humanizado no processo de parto. **Descritores:** Enfermeiras Obstétricas; Cuidado de Enfermagem; Assistência Integral à Saúde; Assistência ao Parto; Mulheres.

ABSTRACT

Objective: to know the conceptions of nurse midwives about the care guided in the best practices to the women in the delivery process. **Method:** descriptive research with a qualitative approach developed in a Federal Maternity-School. Semi-structured interviews were conducted with 20 nurse midwives, and the speeches were categorized according to the thematic content analysis proposed by Franco. **Results:** the study reveals that care based on best practices should be based on scientific knowledge, avoiding unnecessary interventions and encourages the use of non-pharmacological techniques for pain relief, appropriate environment, individualized care, the bond between professional and parturient, as well as its role. **Final Consideration:** while criticizing the excess of interventions, nurse midwives value noninvasive techniques and interpersonal relationships, as well as the subjectivities of the parturient that contributes to the humanized care in the delivery process. **Descriptors:** Nurse Midwives; Nursing Care; Comprehensive Health Care; Midwifery; Women.

RESUMEN

Objetivo: conocer las concepciones de enfermeras obstetricas sobre el cuidado pautado en las buenas prácticas a las mujeres en el proceso de parto. **Método:** investigación descriptiva con abordaje cualitativo desarrollada en una Maternidad-Escuela Federal. Se realizaron entrevistas semiestruturadas con 20 enfermeras obstetricas, siendo las palabras categorizadas conforme análisis de contenido temático, propuesta por Franco. **Resultados:** el estudio revela que el cuidado pautado en las buenas prácticas debe basarse en conocimiento científico, evitar intervenciones innecesarias e incentivar el uso de técnicas no farmacológicas para alivio del dolor, el ambiente apropiado, la atención individualizada, el vínculo y sintonía entre profesional y parturienta, así como su protagonismo. **Consideraciones Finales:** al tiempo que critican el exceso de intervenciones, las enfermeras obstétricas valoran las técnicas no invasivas y las relaciones interpersonal, así como las subjetividades de la parturienta, lo que contribuye al cuidado humanizado en el proceso de parto. **Descriptorios:** Enfermeras Obstétricas; Atención de Enfermería; Atención Integral de Salud; Partería; Mujeres.

INTRODUÇÃO

Com a transferência do parto domiciliar para o âmbito hospitalar, é notório o aumento de intervenções no processo de parto, antes considerado como evento natural. Devido às consequências para a mulher e ao recém-nascido, percebe-se o crescente movimento de incentivo à humanização do parto e nascimento a partir de estratégias, sobretudo relacionadas ao uso de tecnologias leves que possibilitem o cuidado à parturiente pautado nas boas práticas.

As boas práticas no processo de parto são aquelas intimamente relacionadas ao processo de humanização na assistência obstétrica. Conforme recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), estas devem garantir autonomia, respeito ao direito da mulher e família, apoio empático aos profissionais de saúde, estímulo ao uso de métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor, liberdade de posição, uso das melhores evidências na prática clínica, entre outras. Tais recomendações contribuem para o distanciamento do modelo tecnocrático de atenção à saúde e encorajam práticas que refletem qualitativamente na humanização do parto, que se pauta em um arcabouço de práticas e atitudes benéficas à saúde materno-infantil e a constante atualização profissional⁽¹⁻²⁾.

No Brasil, até o final do século XIX, os partos naturais eram assistidos quase exclusivamente no domicílio, por parteiras e eram habitualmente centrados no respeito ao processo fisiológico da parturiente e na sua autonomia. A partir da década de 60, com o advento da hospitalização do parto, passa a predominar o modelo tecnocrata, cuja assistência obstétrica pauta-se na padronização de regras institucionais, na medicalização e no uso de procedimentos avançados, muitas vezes desnecessários, conduzidos por profissionais de saúde, por vezes de modo autoritário⁽³⁻⁵⁾.

Influenciado pelo capitalismo industrial vigente no século XX, o incremento das intervenções no processo de parto alcança cada vez mais destaque, impulsionando sua comercialização, especialmente das cesarianas, pois estas se adequam facilmente à ótica capitalista, uma vez que podem ser realizadas com maior agilidade e quantidade⁽⁶⁾. Importante destacar que o avanço de tais situações, conduzido em grande parte por médicos, sustentou-se na propagação da cesariana como um tipo de parto que não traz complicações à mulher, implicando em um processo de naturalização social dessa forma de nascer⁽⁷⁾.

Assim, com o progresso científico à época e, sobretudo com o aprimoramento das especialidades médicas, as cesarianas se fortalecem enquanto intervenção devido à sua contribuição significativa para a redução da morbimortalidade materna e fetal, dentre outros motivos⁽⁸⁾. Nesse sentido, a decisão da mulher sobre a via de parto sofre influência da hegemonia alicerçada no uso de técnicas hospitalocêntricas na assistência obstétrica^(3,5), assim como de concepções equivocadas e tendenciosas acerca das vias de parto, conforme revela artigo de revisão que as disfunções sexuais e/ou distopias pélvicas as justificativas valorizadas dadas pelas mulheres que solicitam as cesarianas⁽⁹⁾ e conforme estudo com 20.000 mulheres em cinco macrorregiões brasileiras que relacionou o desejo pela cesariana ao medo da dor no parto⁽¹⁰⁾.

No entanto, é importante salientar os benefícios e malefícios dos partos normais e cirurgias cesarianas. Há um consenso na literatura de que o parto normal é mais seguro comparado ao

cirúrgico, pois apresenta menos riscos de infecções, hemorragias, prematuridade e complicações gerais, além de favorecer a produção do leite materno através da liberação de hormônios, como a prolactina e a ocitocina, que são fabricados durante o trabalho de parto, o que contribui com a recuperação mais rápida da mulher e permite maior interação com o recém-nascido⁽¹¹⁾. Por esses motivos, a cesariana eletiva deve ser evitada, reduzindo, assim, possíveis riscos maternos, tais como: hemorragias, infecções e complicações anestésicas. Contudo, cabe ressaltar que existem situações onde a cesariana possui indicação, como nos casos de descolamento prematura de placenta, prolapso de cordão, distensão segmentar, centralização fetal, dentre outros⁽¹²⁻¹³⁾.

Apesar dos riscos associados à cirurgia cesariana, o Brasil atualmente é um dos países com maiores taxas desse procedimento no mundo, quando a última recomendação da OMS era de que estivesse entre 10 e 15%⁽¹⁴⁾, embora hoje preconize-se que sejam realizadas apenas quando estritamente necessário⁽¹⁵⁾. Estudo realizado em São Paulo, Brasil, com 920 puérperas, evidenciou que nos serviços privados esses valores são exorbitantes, totalizando 93,8% de cirurgias cesarianas, enquanto que no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) esse percentual está em torno de 55,5%⁽¹⁶⁾.

Nesse contexto de altos índices de intervenções dispensáveis, merece destaque a atuação de enfermeiras obstétricas. Na Europa, as taxas de cesariana conseguem ser reduzidas, chegando a 14,7% em alguns locais, estando esses valores intimamente relacionados à assistência da *midwife* (enfermeira obstétrica), que também se mostra efetiva no que diz respeito à redução das intervenções desnecessárias e ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado que respeitam a autonomia da mulher a partir de evidências científica atreladas às boas práticas⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Tais condutas refletem o predomínio das recomendações da OMS quanto ao uso dessas técnicas, a fim de reduzir o número intervenções desnecessárias na assistência à mulher em trabalho de parto, bem como a forte atuação das enfermeiras obstétricas para diminuir as taxas de cesarianas⁽⁵⁾.

Diante dos significativos progressos com a participação dessas profissionais na assistência à mulher em trabalho de parto e das políticas nacionais e internacionais que vêm estimulando essa via, há também um incentivo por parte do Ministério da Saúde (MS) em relação à formação de enfermeiras obstétricas. Esse processo formativo vem acontecendo a partir dos cursos de especialização, incluindo a forma de Residência, além de também contar com a oferta de cursos de aperfeiçoamentos para profissionais que já se encontram inseridas(os) nos serviços de saúde pública de todo país. Tais espaços de aprimoramento são direcionados à internalização das boas práticas enquanto eixo norteador do cuidado à mulher em processo de parto⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Assim, entendendo as enfermeiras obstétricas como profissionais primordiais para a consolidação das boas práticas no cuidado à mulher em processo de parto, o que pode favorecer a redução de condutas intervencionistas e número de cesarianas.

OBJETIVO

Conhecer as concepções de enfermeiras obstétricas sobre o cuidado pautado nas boas práticas às mulheres no processo de parto.

MÉTODO

Aspectos éticos

A pesquisa encontra-se vinculada ao projeto matriz "Atores sociais e fatores envolvidos no processo de parto", aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Maternidade Clímério de Oliveira (MCO) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Os componentes éticos e legais foram respeitados em todas as etapas da pesquisa, em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa.

Procedimentos metodológicos

Cenário do estudo

O estudo foi realizado em uma Maternidade-Escola Federal de médio porte localizada no nordeste do Brasil. Esta foi pioneira no atendimento obstétrico-ginecológico do país, sendo atualmente referência para a docência-assistencial em Obstetrícia, Neonatologia e Saúde Perinatal. Tal maternidade conta com diferentes cenários de assistência à mulher, como Ambulatório, Alojamento Conjunto, Enfermaria Canguru, dentre outros, estando esta pesquisa direcionada ao Centro Obstétrico (CO).

Fonte de dados

Participaram do estudo 20 enfermeiras, 18 mulheres e dois homens atuantes no Centro Obstétrico (CO) da referida instituição. Vale salientar que neste setor existiam 33 enfermeiras, sendo 23 especialistas em Obstetrícia e 10 em Saúde da Mulher.

Como critério de inclusão, adotamos enfermeiras obstétricas atuantes no cuidado ao processo de parto da maternidade referida no CO; que tivessem no mínimo um ano de atuação profissional e seis meses de vínculo na maternidade da pesquisa. Foram excluídas as enfermeiras obstétricas que exerciam apenas cargos administrativos e/ou estivessem afastadas da função, por quaisquer motivos. Considerando estes critérios, três enfermeiras não participaram da pesquisa: duas em razão do tempo de experiência menor que 12 meses e uma por afastamento médico.

Coleta dos dados

A coleta de dados ocorreu entre junho e setembro de 2017, utilizando como técnica a entrevista norteada por um formulário semiestruturado. Nele continha questões fechadas referentes à caracterização das participantes, a saber: sexo, idade, raça/cor, tempo de formação profissional e experiência em anos na assistência obstétrica da maternidade do estudo; além da seguinte questão norteadora: fale-me sobre o cuidado às mulheres no processo de parto. Importante referir que tal instrumento foi testado anteriormente com duas enfermeiras de outra instituição, a fim de adequá-lo para atender ao objeto de estudo.

As entrevistas foram realizadas em salas privativas na própria maternidade em horários previamente agendados, de acordo com a disponibilidade da participante, sendo gravadas com o auxílio de um *smartphone* e possuindo uma duração média 60 minutos. Procedidas esta etapa, as entrevistas foram transcritas na íntegra e receberam códigos de identificação a partir da abreviação "E" referente à "Enfermeira", seguido dos numerais arábicos correspondentes a ordem da realização das entrevistas (E1, E2, E3, etc.) com vistas a preservar o anonimato.

Sistematização e análise dos dados

Os dados foram organizados a partir do referencial metodológico de Franco⁽²⁰⁾. Com base na Análise de Conteúdo Temático-Categorial as falas foram submetidas ao processo de unitarização, no qual requereu uma releitura das mensagens atribuídas ao objeto de estudo, favorecendo a identificação e definição das unidades de análise (conceitos, frases, temas ou palavras), sendo segregadas em Unidades de Registro e posteriormente nas Unidades de Contexto.

Levando em consideração as composições das Unidades de Registro e de Contexto, estas foram reelaboradas com a finalidade de esgotar as inferências diante o objeto da pesquisa, o que fizeram emergir sete categorias: *O cuidado deve ser pautado em evidências científicas*; *O cuidado requer a interação entre profissional e mulher*, com as subcategorias: *Estabelecimento de vínculo e alcance da sintonia do partear*; *O cuidado requer uma ambiência apropriada*; *O cuidado requer atenção individualizada*; *O cuidado requer respeito ao protagonismo da mulher*; *O cuidado requer o uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor*; e *O cuidado deve evitar intervenções desnecessárias*.

RESULTADOS

As enfermeiras obstétricas entrevistadas têm idade média de 31 anos, sendo na sua maioria mulheres (apenas dois homens), pardas (n=15) e tempo de atuação médio de quatro anos na área da Obstetrícia. A partir das falas foi possível apreender a concepção de enfermeiras obstétricas acerca do cuidado às mulheres no processo de parto, ilustrada a partir de sete categorias científicas:

O cuidado deve ser pautado em evidências científicas

As enfermeiras obstétricas acreditam que o cuidado no processo de parto requer uma prática ancorada no conhecimento científico.

Para você assumir esse tipo de assistência em partear, você tem que estudar e praticar, porque você vai ter que sustentar isso com embasamento científico. [...] tem que envolver o conhecimento técnico e científico para assegurar a humanização na assistência. (E5)

O cuidado qualificado tem que ser fundamentado em conhecimento científico. Não se trata de um cuidado empírico, pois o cuidado humanizado deve ser baseado em evidências científicas. (E3)

O cuidado requer a interação entre profissional e mulher

Conforme as falas a seguir, o cuidado requer a interação da enfermeira com a mulher, o que perpassa pelo estabelecimento

de vínculo para o alcance da sintonia para o partear. Deste modo, esta categoria apresentou as seguintes subcategorias:

Estabelecimento de vínculo

O estudo revela que as enfermeiras obstétricas concebem a importância do estabelecimento de vínculo, o que favorece a confiança da parturiente e a identificação das necessidades da mulher em processo de parto, podendo também refletir na sua relação com a dor.

É preciso criar um vínculo [...] entender suas necessidades para que ela possa confiar em mim [...] a ponto dela alcançar um autocontrole sob a sua dor no processo de parto. (E3)

A questão do vínculo exige confiança e auxilia nas possibilidades de diminuir o processo de dor, bem como diminuir o sentimento de vulnerabilidade e ameaça no momento do trabalho de parto. (E20)

Alcance da sintonia do partear

O estudo mostra ainda que a interação entre a parturiente e a enfermeira obstétrica possibilita uma sintonia entre ambas, a tal ponto que as demandas passam a ser percebidas sem que sejam necessárias comunicações verbais.

Eu me sentia mais conectada à mulher [...] a gente quase não se falou durante o trabalho de parto e ainda assim eu a entendia. Eu só intervir, toquei e falei quando era estritamente necessário. Ela percebeu que a gente nem precisava falar para se comunicar [...]. (E5)

Vivemos o momento com ela, porque entramos em sintonia juntas. Não tem como não se envolver. Chega a ser uma coisa só. Ela consegue se ambientar, ficar tranquila, controlar a dor. (E7)

O cuidado requer uma ambiência apropriada

As enfermeiras obstétricas sinalizam a relevância da ambiência no cuidado às mulheres em processo de parto, o que proporciona um ambiente seguro e acolhedor.

Quando você está cuidando da mulher, outras pessoas só devem entrar no ambiente, se for necessário. Deve ser só você e a mulher. Ela vai se sentir mais segura e você vai conseguir estabelecer uma conexão. (E5)

É fundamental que se tenha uma ambiência para que exista o encontro entre a pessoa que está oferecendo o cuidado e a pessoa que está recebendo. [...] um ambiente acolhedor é aquele propício para que o cuidado seja oferecido de forma humanizada. (E4)

O cuidado requer atenção individualizada

As entrevistadas remetem ainda para a saliência do conhecimento sobre os dados pessoais, obstétricos e contexto social, bem como a percepção da mulher durante o processo de parto, o que favorece o cuidado individualizado.

A mulher para mim é única. É a mulher que entrou em trabalho de parto e que preciso conhecer o seu nome, a idade, as experiências

de partos, o motivo da escolha pela maternidade e seu projeto de felicidade. (E1)

Cada paciente precisa de um cuidado individualizado [...] chamá-la pelo nome, valorizar sua queixa para ela saber que está sendo assistida. É maravilhoso ter sensibilidade de entender até onde eu posso ir e que o cuidado que estou oferecendo está sendo bom para a mulher! (E4)

O cuidado requer respeito ao protagonismo da mulher

As enfermeiras obstétricas relatam a valorização do respeito ao protagonismo da mulher no processo de parto humanizado a partir de um cuidado participativo.

Eu considero um cuidado humanizado, individualizado, aquele pautado no respeito às escolhas da mulher no processo de parto. Nós temos que viabilizar informações sobre os riscos, benefícios e as consequências de cada escolha. (E3)

Respeitar sua vontade, orientar e mostrar que ela está livre para escolher, inclusive se ela deseja o envolvimento do familiar. Tudo isso é preciso para que naturalmente a mulher desenvolva o papel principal que quiser [...]. (E8)

O cuidado requer uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor

As falas sinalizam que as enfermeiras obstétricas entendem que o cuidado à mulher em processo de parto perpassa pela utilização de técnicas não invasivas e que favoreçam o alívio da dor.

Ao partear, ofereço à mulher os métodos disponíveis para alívio da dor como bola, cavalinho, chuveiro, deambulação, massagem. [...] se você se predispõe a estar junto, ela faz e você vai percebendo quais ela reage e se sente melhor. Não é só dizer: 'faça isso e aquilo'. (E5)

Explicamos sobre as massagens, aromaterapia, penumbra, exercícios na bola, cavalinho, banho morno. Tentamos explicar para ela que a dor é inevitável, real e que ela vai sentir, mas que essas técnicas podem aliviar a dor. (E7)

O cuidado deve evitar intervenções desnecessárias

Ao criticar o uso de algumas intervenções desnecessárias no processo de parto, as enfermeiras obstétricas sinalizam que estas comprometem o cuidado, despertando para a necessidade de evitá-las no sentido de promover um cuidado às parturientes.

[...] uma mulher que está em trabalho de parto prolongado, com 7cm de dilatação, com uma avaliação para amniotomia no intuito de acelerar as contrações, na minha concepção, a primeira opção seria procurar saber se posso movimentá-la ou utilizar alguma técnica não-farmacológica. Na maioria das vezes, as intervenções acontecem por não compreender o contexto da mulher. (E1)

[...] a paciente é tocada por diversos profissionais, às vezes, três vezes em menos de cinco minutos. Nós trabalhamos com a mulher durante horas, por isso sabemos se elas têm condições de parir normal. [...] o problema é quando, mesmo a dilatação aumentando e cardiotocografia normal, acontece encaminhamento para

cesariana, principalmente quando são primigestas. Essa situação é desestimulante para nós. (E14)

DISCUSSÃO

A pesquisa revela que, na concepção de enfermeiras obstétricas, o cuidado pautado nas boas práticas à mulher no processo de parto deve respaldar-se em evidências científicas, as quais fundamentam e orientam a prática do cuidado profissional e, conseqüentemente, um atendimento humanizado. Estudo realizado em cinco hospitais do sudeste dos Estados Unidos com 433 enfermeiras também considera a importância da Prática Baseada em Evidência (PBE) quando defendem que o conhecimento científico sustenta a atitude, o nível de habilidade e a organização no cuidado, oportunizando melhorias no trabalho realizado pelas enfermeiras e conseqüentemente a qualidade do atendimento aos indivíduos⁽²¹⁾.

Importante salientar a associação entre PBE e a melhoria nas práticas de cuidado verificada em um estudo realizado em São Paulo, Brasil, com 50 puérperas e 102 prontuários de julho a novembro de 2014⁽²²⁾ que apresentou resultados semelhantes com uma pesquisa realizada com enfermeiras em San Diego, Califórnia⁽²³⁾. Estudo australiano avança acerca dos efeitos da PBE sobre a prática do cuidado na Enfermagem ao destacar sua saliência para a aquisição de maior segurança profissional, contribuindo para a formação de profissionais diferenciados no sentido de que concluem a graduação mais tecnicamente preparados⁽²⁴⁾. A interface entre conhecimento técnico e científico também foi pontuada pelas enfermeiras obstétricas, que reconhecem tanto a atualização acerca do partear quanto a sua prática, o que também foi sinalizado em pesquisas brasileiras, as quais complementam que essa prática propicia um cuidado menos intervencionista, favorecendo o estabelecimento de vínculo^(18,25).

A constituição de vínculo também é compreendida por enfermeiras obstétricas como importante cuidado às mulheres no processo de parto. Estas acreditam no valor da relação de confiança, processo essencial para que consigam reconhecer as demandas das parturientes, de modo que possam favorecer a tranquilidade para as mesmas no parto. Investigação realizada com 18 enfermeiras obstétricas em uma Casa de Parto no Rio de Janeiro, Brasil, sinaliza para a relevância da relação interpessoal entre a enfermeira e a mulher, visto que o vínculo humano é um fator relacionado ao apoio emocional, que interfere no processo de parturição⁽²⁶⁾. Isso porque dentre os elementos capazes de promover o relaxamento e diminuir a percepção dolorosa das parturientes, encontra-se o contato com a(o) profissional de confiança, transmitindo a mesma segurança e conforto. Essas sensações de acolhimento, amparo, suporte podem ser facilitadas pela relação enfermeira obstétrica/mulher que são alcançadas por meio de espaços de escuta, diálogo, valorização e respeito diante das vivências da parturiente alicerçado ao desejo da profissional em estar presente no processo de parto⁽²⁶⁾.

Nas falas das entrevistadas, fica evidente a importância da presença da enfermeira obstétrica para a criação de vínculo. Confirmando acerca da saliência da presença, estudo qualitativo realizado em uma maternidade na Noruega com parteiras, aponta para a relevância do acompanhamento contínuo e suporte à

parturiente⁽²⁷⁾. Quanto a isso, estudo na Austrália apontou que as mulheres necessitam do estabelecimento da relação com a enfermeira para o cuidado no processo de parto, esta relação por sua vez favorece a existência do vínculo⁽²⁸⁾. Pode-se inferir que o estar presente motiva uma relação de encontro, que se sustenta na filosofia de Martin Buber⁽²⁹⁾, a qual pressupõe esse momento essencial para o encontro face-a-face amparado, por vezes, no silêncio diante a presença do outro.

Essa interação silenciosa, compreendida enquanto comunicação não verbal ou terapêutica, também pode ser considerada uma forma de cuidado baseado nas boas práticas à mulher em processo de parto, pois favorece a liberdade de expressão da mesma⁽³⁰⁻³¹⁾. A comunicação não verbal também foi estudada na Holanda, a partir de pesquisa observacional com um grupo de 20 parteiras, a qual constatou a existência desse processo de interação também no pré-natal, contemplando ainda que essa abordagem lhes dá suporte para tomada de decisões, o que conduz a clínica centrada na mulher⁽³²⁾. Logo, a conduta no cuidar permeia a interação entre a enfermeira e a parturiente, possibilitando uma conexão que culmina na sintonia do partear.

A sintonia acontece por meio de olhares, toques e gestos que são expressados pela parturiente no trabalho de parto, os quais podem ser reconhecidos pela enfermeira obstétrica. Em virtude disso, é possível desempenhar o cuidado à mulher no processo de parto por meio da construção de uma relação de proximidade e intimidade. Tal relação favorece a identificação de situações que incomodam a mulher no momento da dor, além de promover a liberdade de expressão e criar um espaço de abertura para o cuidado pelas enfermeiras^(26,31). Trata-se de envolvimento e disposição entre as parturientes e a(o) profissional de saúde, uma conexão que favorece o vínculo, resultando na sintonia durante o partear, o que é apontado em pesquisa realizada com 12 parturientes e oito enfermeiras colombianas⁽³³⁾.

Almejando chegar à interação, as entrevistadas defendem ainda a importância da ambiência como um dos elementos das boas práticas, no sentido de possibilitar a conexão entre profissional e parturiente. Para além do espaço físico adequado, a ambiência comporta um conjunto de características físicas e emocionais do sujeito, importantes para o estabelecimento das relações interpessoais, como também contribui para consolidação da humanização da saúde⁽³⁴⁻³⁵⁾. Pesquisa realizada no Ceará, Brasil, com oito parturientes, evidenciou a necessidade da ambiência para promover um espaço acolhedor, respeitando a privacidade no processo de parto⁽³⁶⁾. Nesse sentido, entende-se que a ambiência interfere nas relações, assim pode-se inferir que um ambiente acolhedor viabiliza o cuidado humanizado em saúde.

Outra concepção atrelada às boas práticas que emergiu do estudo remete a importância de olhar o sujeito como ser único, o que requer a identificação da parturiente pelo seu nome, conhecimento acerca da sua situação obstétrica, bem como de suas angústias e expectativas. Para as mesmas, o cuidado individualizado possibilita a implementação e avaliação da sistematização da assistência à mulher. Revisão integrativa realizada, em bases de dados nacionais e internacionais, revelou que o cuidado individualizado, durante o partear, possibilita uma assistência apropriada às necessidades biopsicossociais, o que orienta a identificação, planejamento, execução e avaliação das condutas a

serem adotadas⁽³⁰⁾. Nesse cuidado individualizado, a experiência do partear se consolida única e eficaz, pois compreende-se a mulher em sua essência, direcionando o cuidado associando o atendimento às expectativas da mesma e critérios assistenciais para promover a qualidade do cuidado.

Diante do exposto, entende-se que os profissionais de saúde necessitam considerar a individualidade e subjetividade da parturiente, valorizando o compartilhamento de experiências e saberes por meio da intersubjetividade, a fim de direcionar um projeto de felicidade. Conforme José Ricardo Ayres⁽³⁷⁾, este projeto abarca a concepção de vida das pessoas que cuidamos no desempenho da assistência. Não se trata de um projeto caracterizado pela definição de tarefas e prazos para alcance de um objetivo, mas que implica numa compressão das “experiências vividas, compartilhamentos, intersubjetividades, interações e aberturas”. Especificamente no processo de parto, é relevante buscar a história de vida da mulher, a qual é marcada por experiências individuais e coletivas, o que conduz à compreensão da sua subjetividade e aceitação/abertura ao cuidado, a partir da intersubjetividade agregando o olhar do outro na relação.

O respeito à subjetividade do indivíduo é uma das vertentes da humanização no campo da Clínica do Sujeito, a qual se fundamenta na ampliação da compressão da pessoa para além dos riscos biológicos. Considera-se também aspectos emocionais, sociais, econômicos, e culturais trazidos pelo sujeito, como também compreende as questões coletivas e políticas do mesmo⁽³⁸⁻³⁹⁾. Essa compreensão ampliada do sujeito favorece a sua participação e autonomia no cuidado em saúde, que também emergiu enquanto concepção das enfermeiras acerca do cuidado no processo de parto natural.

O cuidado humanizado e sua aplicabilidade na prática está intimamente relacionada à garantia do direito de escolha da mulher no processo de parto, devendo ser assegurado à mulher o direito a uma escolha informada quanto aos riscos e benefícios sobre suas decisões⁽³⁻⁴⁾. Tal direito se refere à autonomia, a qual se relaciona com o respeito ao protagonismo da mulher no cenário do parto, pois é sabido a valorização pelas enfermeiras obstétricas quanto à importância do cuidado participativo e individualizado, viabilizando informações à mulher sobre os riscos e benefícios de cada escolha⁽⁴⁰⁾.

Salienta-se que o protagonismo da mulher possibilita minimizar as intervenções desnecessárias que acarretam, segundo as enfermeiras obstétricas, a insatisfação, a exemplo dos excessivos toques vaginais, a realização de amniotomia e cesariana sem indicação. Esses dados também são corroborados pela pesquisa *Nascer no Brasil*, que aponta a amniotomia de rotina e cesariana sem indicação como intervenções dispensáveis frequentes no país⁽¹⁰⁾. Pesquisa com puérperas no Brasil revela que estas sentiram falta da comunicação terapêutica durante alguns atendimentos e procedimentos, como o toque vaginal e a amniotomia, o que desencadeia um sentimento de angústia para a pessoa assistida⁽³⁰⁾. Especificamente sobre o toque vaginal sucessivo e indiscriminado feito por mais de um avaliador, na maioria das vezes em intervalo de tempo menor que o recomendado, vale pontuar que este prejudica a evolução fisiológica do parto, bem como provoca desconforto na mulher e edema na vulva, o que as deixam mais nervosas e inseguras⁽⁴¹⁾. Na conjuntura de intervenções

desnecessárias, as enfermeiras obstétricas têm se destacado no acompanhamento contínuo da mulher no processo de parto de baixo risco, pois viabilizam a mudança do modelo obstétrico e neonatal direcionado para o incentivo das boas práticas, sendo as intervenções realizadas quando houver necessidade e respaldo de evidências científicas⁽⁴²⁻⁴³⁾.

O estudo revelou também a importância do uso das técnicas não farmacológicas para o alívio da dor pelas enfermeiras obstétricas e apresentação das mesmas junto às parturientes. Em 1996, a Organização Mundial de Saúde criou uma classificação de práticas orientadas para condução do parto baseadas nas evidências científicas enfatizando as que deveriam ser realizadas e, em contrapartida, desestimuladas pela(o)s profissionais de saúde⁽³⁾. Investigação realizada no Rio de Janeiro, Brasil, que avaliou registros de 2.194 partos realizados por enfermeiras obstétricas despontou estímulo às técnicas não farmacológicas de alívio da dor no processo de parto, tais como: mudança de posição, movimentação, uso de água morna no chuveiro, musicoterapia, aromaterapia e redução do número de episiotomias⁽⁵⁾.

Vale destacar que as boas práticas não se limitam ao uso das técnicas não farmacológicas para alívio da dor, abrangendo ainda os elementos aqui citados pelas enfermeiras como cuidado à mulher em processo de parto, a exemplo das evidências científicas que sustentam a interação entre profissional de saúde e mulher, fundamentada no estabelecimento de vínculo e no alcance da sintonia para o partear. Ainda, abarca um cuidado individualizado de acordo com as especificidades de cada mulher, respeitando o seu protagonismo, bem como faz relevante evitar o uso de intervenções desnecessárias no processo de parto.

Limitações do estudo

Embora a pesquisa limite-se por possuir uma população de estudo homogênea no que se refere à formação enquanto enfermeiras especialistas em Obstetria, importante referir que esse direcionamento não se restringe a esta categoria, uma vez que são conhecimentos que podem se estender a quaisquer profissionais de saúde que atuem no atendimento à parturiente, os quais podem adequar às suas condutas ao cuidado baseado nas boas práticas. Este processo pode ser conduzido por gestores das maternidades, ponderando as especificidades e necessidades de cada serviço, por meio da educação em serviço de modo a melhor preparar os profissionais para o cuidar no processo de parto.

Contribuições para a área da Enfermagem e da Saúde

A pesquisa contribui para a área da Enfermagem, ao possibilitar uma reflexão sobre as relações interpessoais que permeiam as concepções atribuídas ao cuidado pautado nas boas práticas no processo de parto por enfermeiras obstétricas. Trata-se de proporcionar um cuidado nas práticas de saúde direcionado para a valorização das demandas da mulher, e incorporando suas percepções durante a assistência com o respaldo das evidências científicas. Ademais, a pesquisa sugere o alicerce entre os saberes técnicos e humanísticos como eixo para o cuidado desempenhado pelas enfermeiras obstétricas, proporcionando a qualidade nas práticas de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo aponta que as enfermeiras obstétricas concebem que o cuidado pautado nas boas práticas às mulheres em processo de parto deve ser respaldado por evidências científicas, as quais direcionam suas condutas para as demais formas de cuidar. Imbuídas de tal concepção, acreditam que o cuidado requer a interação entre a(o) profissional e a mulher, alcançada por meio do estabelecimento do vínculo e da sintonia do partear. Para tanto, necessita-se de uma atenção individualizada, respeitando

o protagonismo da mulher e de ambiência adequada. Somado a isso, as enfermeiras compreendem que, ao se evitar intervenções desnecessárias e utilizar de técnicas não farmacológicas para alívio da dor, também estão desempenhando um cuidado mais humanizado.

Esses achados direcionam ao entendimento de que o cuidado no processo de parto não se restringe meramente à assistência a partir da utilização de procedimentos invasivos, pois requer ainda um conjunto de conhecimentos e tecnologias leves que contribuam para um cuidado mais participativo e integral à parturiente.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization-WHO. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO; 1996.
2. Possati AB, Prates LA, Cremonese L, Scarton, J, Alves CN, Ressel LB. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. Esc Anna Nery [Internet]. 2017 [cited 2018 Aug 13];21(4):e20160366. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0366.pdf
3. Reis TLR, Padoin SMM, Toebe TFP, Paula CC, Quadros JS. Women's autonomy in the process of labour and childbirth: integrative literature review. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2017[cited 2018 Mar 04];38(1):e64677. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/en_0102-6933-rgenf-1983-144720170164677.pdf
4. Sith JN, Taylor B, Shaw K, Hewison A, Kenyon S. 'I didn't think you were allowed that, they didn't mention that': a qualitative study exploring women's perceptions of home birth. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2018[cited 2018 Mar 20];18(1):105. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29669527>
5. Vargens OMC, Silva ACV, Progianni JM. The contribution of nurse midwives to consolidating humanized childbirth in maternity hospitals in Rio de Janeiro-Brazil. Esc Anna Nery [Internet]. 2017[cited 2018 Apr 22];21(1):e20170015. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/en_1414-8145-ean-21-01-e20170015.pdf
6. Riscado LC, Jannotti CB, Barbosa RHS. Deciding the route of delivery in Brazil: themes and trends in public health production. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2016[cited 2017 Mar 01];25(1):e3570014. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/en_0104-0707-tce-25-01-3570014.pdf
7. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do "parto cesáreo" entre obstetras. Physis [Internet]. 2017[cited 2018 Mar 07];27(3):415-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n3/1809-4481-physis-27-03-00415.pdf>
8. Sherrod MM. The History of Cesarean Birth From 1900 to 2016. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs [Internet]. 2017[cited 2018 Mar 23];46(4):628-36. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28456013>
9. Câmara R, Burlá M, Ferrari J, Lima L, Junior JA, Braga A, et al. Cesarean section by maternal request. Rev Col Bras Cir [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 17];43(4):301-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v43n4/0100-6991-rcbc-43-04-00301.pdf>
10. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014[cited 2018 Apr 17];30(Suppl-1):S1-31. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf
11. Ferreira Jr AR, Rocha FAA, Carneiro JM, Freitas NA. Women's discourse on experience cesarean and vaginal labor. Rev Saúde Com [Internet]. 2017[cited 2018 Apr 17];13(2):855-62. Available from: <http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/410/423>
12. Liu Y, Wang X, Zou L, Ruan Y, Zhang W. An analysis of variations of indications and maternal-fetal prognosis for caesarean section in a tertiary hospital of Beijing: a population-based retrospective cohort study. Medicine (Baltimore). 2017 [Internet]. 2017[cited 2018 Apr 17];96(7):e5509. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319487/>
13. Mascarello KC, Horta BL, Silveira MF. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. Rev Saúde Pública [Internet]. 2017[cited 2018 Jun 02];51:105 Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000389.pdf>
14. World Health Organization-WHO. Pan American Health Organization-PAHO. Appropriate technology for birth. Lancet [Internet]. 1985[cited 2018 Jun 02];2(8452):436-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863457>
15. Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TAF. Factors associated to caesarean delivery in public and private health care systems. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2016[cited 2018 Feb 17];50(5):733-40. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/pt_0080-6234-reeusp-50-05-0734.pdf
16. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence informed framework for maternal and newborn care. Lancet [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 17];384(9948):1129-45. Available from: <https://>

[www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60789-3/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60789-3/abstract)

17. Teixeira S, Machado HS. Who Caesarean Section Rate: relevance and ubiquity at the present day. a review article. *J Preg Child Health* [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 17];2(3):233. Available from: <https://www.omicsonline.org/open-access/who-caesarean-section-rate-relevance-and-ubiquity-at-the-present-day--areview-article-2376-127X-1000233.php?aid=71454>
18. Reis TR, Zamberlan C, Quadros JS, Grasel JT, Moro ASS. Obstetric Nurses: contributions to the objectives of the Millennium Development Goals. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015[cited 2018 Feb 04];36(spe):94-101. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/en_0102-6933-rgenf-36-spe-0094.pdf
19. Medeiros RMK, Teixeira RC, Nicolini AB, Alvares AS, Correa ACP, Martins DP. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016[cited 2018 Feb 24];69(6):1091-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1091.pdf>
20. Franco MLPB. *Análise de Conteúdo*. 3ª ed. Brasília: Liber Livro; 2008.
21. Spiva L, Hart PL, Patrick S, Waggoner J, Jackson C, Threatt JL. Effectiveness of an evidence-based practice nurse mentor training program. *Worldviews Evid Based Nurs* [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 18];14(3):183-91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28334505>
22. Côrtes CT, Santos RCS, Caroci AS, Oliveira SG, Oliveira SMJV, Riesco MLG. Implementation methodology of practices based on scientific evidence for assistance in natural delivery: a pilot study. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015[cited 2018 Feb 18];49(5):716-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/0080-6234-reeusp-49-05-0716.pdf>
23. Kim SC, Ecoff L, Brown CE, Gallo AM, Stichler JF, Davidson JE. Benefits of a regional evidence-based practice fellowship program: a test of the ARCC model. *Worldviews Evid Based Nurs* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 20];14(2):90-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28178389>
24. Blackman IR, Giles TM. Can Nursing Students Practice What is preached? factors impacting graduating Nurses' abilities and achievement to apply Evidence-Based Practices. *Worldviews Evid Based Nurs* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 15];14(2):108-17. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28192634>
25. Vieira MJO, Santos AAP, Silva JMO, Sanches METL. Obstetrical nursing care based on good practices: from admission to delivery. *Rev EletrON EnfERM* [Internet]. 2016[cited 2017 Dec 15];18:e1166. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.36714>
26. Zveiter M, Souza IEO. Solicitude constituting the care of obstetric nurses for women-giving-birth-at-the-birth-house. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015[cited 2017 Jun 04];19(1):86-92. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/en_1414-8145-ean-19-01-0086.pdf
27. Aune I, Amundsen HH, Skaget Aas LC. Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Midwifery* [Internet]. 2014 [cited 2017 Dec 26];30(1):89-95. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23473911>
28. Davison C, Hauck YL, Bayes SJ, Kuliukas LJ, Wood J. The relationship is everything: Women's reasons for choosing a privately practising midwife in Western Australia. *Midwifery* [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 26];1(8):772-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26001949>
29. Buber M. *Eu e Tu*. 10th ed. São Paulo: Centauro; 2012.
30. Rodrigues FAC, Lira SVG, Magalhães PH, Freitas ALV, Mitros VMS, Almeida PC. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. *Reprod Clim* [Internet]. 2017[cited 2017 Dec 26];32(2):78-84. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208716300723>
31. Power S, Bogossian FE, Sussex R, Strong J. A critical and interpretive literature review of birthing women's non-elicited pain language. *Women Birth* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 26];30(5):e227-e241. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28411030>
32. Martin L, Gitsels-van der Wal JT, Pereboom MT, Spelten ER, Hutton EK, van Dulmen S. Clients' psychosocial communication and midwives' verbal and nonverbal communication during prenatal counseling for anomaly screening. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 26];99(1):85-91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26298217>
33. Muñoz-Henríquez M, Pardo-Torres MP. Significado de las prácticas de cuidado cultural en gestantes adolescentes de Barranquilla. *Aquichan* [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 17];16(1):43-55. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3924>
34. Whitburn LY, Jones LE, Davey MA, Small R. The meaning of labour pain: how the social environment and other contextual factors shape women's experiences [Internet]. 2017 *BMC pregnancy childbirth* [cited 2017 Dec 10];17(1):157. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1343-3>
35. Ribeiro JP, Gomes GC, Thofehr MB. Health facility environment as humanization strategy care in the pediatric unit: systematic review. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014[cited 2018 Jan 04];48(3):530-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/0080-6234-reeusp-48-03-530.pdf>
36. Dodou HD, Sousa AAS, Barbosa EMG, Rodrigues DP. Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2017[cited 2018 Apr 26];25(3):332-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n3/1414-462X-cadsc-1414-462X201700030082.pdf>
37. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho, interação e saber nas práticas de saúde. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2017[cited 2018 Apr 15];31(1):e21847. Available from: <https://rigs.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/21847/14115>

38. Dettmann APS, Aragão EMA, Margotto LR. Uma perspectiva da Clínica Ampliada: as práticas da Psicologia na Assistência Social. *Fractal Rev Psicol* [Internet]. 2016[cited 2018 Mar 03];28(3):362-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v28n3/1984-0292-fractal-28-03-00362.pdf>
 39. Gomes NP, Erdmann AL, Gomes, NR, Monteiro DS, Santos RM, Couto TM. Social support to women in situation of domestic violence. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2015[cited 2018 Mar 01];17(6):823-5. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/36022/62622>
 40. MirzaeeRabor F, Mirzaee F, MirzaiiNajmabadi K, Taghipour A. Respect for woman's decision-making in spontaneous birth: A thematic synthesis study. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 01];21(5):449-457. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27904626>
 41. Melo DSA, Silva JMO, Santos AA, Sanches METL, Cavalcante KOR, Jacintho KS. Percepção da mulher quanto à assistência ao parto. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 01];10(Suppl 2):S814-820. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11024>
 42. Andrade LO, Felix ESP, Souza FS, Gomes LOS, Boery RNSO. Práticas dos profissionais de enfermagem diante do parto humanizado. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 13];11(Suppl 6):S2576-85. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23426/19113>
 43. Van Wagner V. Risk talk: Using evidence without increasing fear. *Midwifery*. [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 10];38:21-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27174012>
-