

As vivências de conforto e desconforto da mulher durante o trabalho de parto e parto

The experiences of comfort and discomfort of woman in labor and childbirth

Las experiencias de comodidad y incomodidad de la mujer durante el trabajo de parto y parto

Larissa Lages Ferrer de Oliveira^I; Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza^{II}; Amuzza Aylla Pereira dos Santos^{III}; Géssyca Cavalcante de Melo^{IV}; Maria Elisângela Torres de Lima Sanches^V; Laura Maria Tenório Ribeiro Pinto^{VI}.

RESUMO

Objetivo: analisar as vivências de conforto e desconforto da mulher durante o trabalho de parto e parto. **Método:** estudo descritivo qualitativo realizado em três maternidades de Maceió-AL com 40 puérperas de julho a setembro de 2014 através de entrevista semiestruturada, tendo como referencial teórico a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. **Resultados:** apesar do crescimento da humanização do parto, muitas mulheres estão aquém dessa realidade, sendo pouco ouvidas sobre o que lhe traria conforto ou desconforto no momento do seu parto. O nascimento do filho, a assistência dos profissionais, o acompanhante, a dor, a episiorrafia e o aumento das dores devido ao uso do “soro” estão entre as principais vivências de conforto e desconforto relatadas. **Conclusão:** conforto e/ou desconforto podem influenciar a satisfação da mulher durante o seu parto, requerendo por parte da equipe de saúde um olhar humanizado para efetivação do cuidado. .

Palavras-chave: Saúde da mulher; cuidados de enfermagem; parto humanizado; conforto do paciente.

ABSTRACT

Objective: to analyze the experiences of comfort and discomfort of women during labor and childbirth. **Method:** a qualitative descriptive study carried out in three maternity hospitals in Maceió-AL with 40 puerperal women, from July to September 2014, through semi-structured interviews, based on the theoretical framework of Katharine Kolcaba’s Theory of Comfort. **Results:** despite the increase in the humanization of childbirth, many women cannot live this reality, being little heard about what would bring comfort or discomfort to them at the time of their childbirth. The childbirth, the assistance, the companion, the pain, the episiotomy and the increase of pain due to the use of oxytocin are among the main experiences of comfort and discomfort reported. **Conclusion:** comfort and / or discomfort can influence the woman’s satisfaction during childbirth, requiring the health team a humanized look for effective care.

Keywords: Women’s health; nursing care; humanizing delivery; patient comfort.

RESUMEN

Objetivo: analizar las vivencias de comodidad y incomodidad de la mujer durante el trabajo de parto y parto. **Método:** estudio descriptivo cualitativo realizado en tres maternidades de Maceió-AL con 40 puérperas de julio a septiembre de 2014 a través de entrevista semiestruturada, teniendo como referencial teórico la Teoría del Conforto de Katharine Kolcaba. **Resultados:** a pesar del crecimiento de la humanización del parto, muchas mujeres no viven esa realidad, siendo poco oídas sobre lo que le traería comodidad o incomodidad en el momento de su parto. El nacimiento del hijo, la asistencia de los profesionales, el acompañante, el dolor, la episiorrafia y el aumento de los dolores debido al uso del oxytocin, están entre las principales vivencias de comodidad e incomodidad relatadas. **Conclusión:** comodidad y/o incomodidad pueden influenciar la satisfacción de la mujer durante su parto, requiriendo por parte del equipo de salud una mirada humanizada para la efectividad del cuidado.

Palabras clave: Salud de la mujer; atención de enfermería; parto humanizado; comodidad del paciente.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) vem estimulando iniciativas que favoreçam mudanças no atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal, dentre elas, está a implantação de uma proposta de atendimento humanizado ao parto nos serviços de saúde. Nesse sentido, o Ministério da Saúde criou através da

Portaria nº 569/2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), tendo como principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do atendimento pré-natal e da assistência ao parto e puerpério. A partir da instituição do PHPN, o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos e

^IResidente em Enfermagem Obstétrica pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: larissalagesf@gmail.com.

^{II}Enfermeira Obstetra. Docente da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: trezzacris@gmail.com.

^{III}Enfermeira Obstetra. Docente da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: amuzzasantos@bol.com.br.

^{IV}Enfermeira. Mestre pela Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: gessycamel@hotmail.com.

^VEnfermeira Obstetra. Docente da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: eli_sanches23@hotmail.com.

^{VI}Residente em Enfermagem Obstetra pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: lauraatenorio@gmail.com.

a percepção da mulher como sujeito aparecem como prioridades para uma assistência humanizada^{1,2}.

Para o Ministério da Saúde, a humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais: o primeiro refere-se ao dever dos serviços de saúde em receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Para isso, há necessidade de uma atitude ética e solidária por parte dos trabalhadores de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e, também, romper com o isolamento normalmente imposto à mulher. O segundo aspecto refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido^{4,5}.

Torna-se importante destacar que, um parto humanizado não se caracteriza apenas pela ausência de práticas desnecessárias. Para que este se efetue realmente, a parturiente deve ser respeitada em sua totalidade, participando ativamente das decisões que envolvem o seu atendimento, de modo a ocupar seu papel de protagonista, enquanto o profissional de saúde destina-se ao suporte à parturição^{6,7}.

Nota-se, no entanto, que apesar do crescimento das questões vinculadas ao movimento de humanização e a inclusão da mulher como protagonista do processo de parturição, muitas mulheres ainda estão aquém dessa realidade, sendo pouco ouvidas sobre o que lhes traria ou não conforto no momento do seu parto. É nesse sentido que o presente estudo teve por questão norteadora: quais os momentos de conforto e desconforto vivenciados pela mulher durante o trabalho de parto e parto? Com o intuito de responder tal inquietação, objetivou-se analisar as vivências de conforto e desconforto da mulher durante o trabalho de parto e parto.

REVISÃO DE LITERATURA

O termo conforto surgiu como objeto de pesquisa em três artigos provenientes desta revisão, sendo descrito como uma experiência subjetiva que transcende a dimensão física, pois também inclui componentes psicológicos, sociais, espirituais e ambientais, podendo ser considerado um estado de equilíbrio pessoal e ambiental⁸.

Para tal compreensão, utiliza-se como referencial teórico desta pesquisa a Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba que descreve o conforto como a satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência que emergem de situações causadoras de *stress* em cuidados de saúde nos contextos físico, psicoespiritual e sociocultural. Sendo o enfermeiro responsável por identificar as necessidades de conforto que ainda não tenham sido satisfeitas por outros sistemas de suporte existentes e planejar intervenções para satisfazer essas necessidades⁹.

Esses profissionais, habitualmente identificam e eliminam as fontes de desconforto antes que elas atinjam o doente. Assim, o estado de conforto pode existir sem que antes tenha existido desconforto. Contudo, quando o desconforto não pode ser evitado, é comum atenuá-lo com confortos adicionais, ou seja, aliviando o desconforto⁹.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa realizado em três maternidades do município de Maceió-AL. Antes do iniciá-lo, foram obtidos o consentimento formal das instituições participantes e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas sob o nº 30777514.5.0000.5013.

No período de julho a setembro de 2014 foram entrevistadas 40 puérperas que se encontravam no Alojamento conjunto das maternidades selecionadas para o estudo e que por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido concordaram em participar do mesmo. Foram incluídas as mulheres maiores de 18 anos que aceitaram participar da pesquisa e que estavam em condições física e emocional para responder as perguntas presentes no instrumento de coleta de dados, foram excluídas do estudo mulheres que vivenciaram o parto natural com morte fetal.

Os dados foram coletados por meio de um formulário de entrevista semiestruturado composto de questões fechadas que permitiram a caracterização dos sujeitos (idade, estado civil, escolaridade, naturalidade, religião e passado obstétrico) e de perguntas abertas, elaboradas com base no referencial teórico citado, relacionadas às vivências de conforto e desconforto da mulher durante o trabalho de parto e parto.

Por meio da autorização dos sujeitos da pesquisa, foi utilizado um gravador de áudio para o registro das informações presentes no formulário, permitindo sua transcrição na íntegra para posterior análise. A saturação dos dados ocorreu a partir de sua repetição.

A análise das informações obedeceu as seguintes etapas: transcrição das entrevistas, organização dos dados coletados, pré-análise por leitura exaustiva dos textos produzidos, categorização e análise dos dados qualitativos, convergindo no estabelecimento de duas categorias: vivências de conforto e vivências de desconforto¹⁰. Para preservar a identidade das participantes e das instituições, as puérperas foram identificadas pelas letras A, B ou C (correspondente às maternidades) e pelo número de acordo com a ordem cronológica a qual foram entrevistadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo foram entrevistadas puérperas entre 18 e 41 anos, encontrando-se em prevalência aquelas na faixa etária de 20 a 29 anos (62,5%); que moram com seus parceiros em regime de união consensual (50%); com

ensino fundamental incompleto (40%); católicas (37,5%) e igualmente provenientes do interior do estado de Alagoas e da capital Maceió (47,5%), sendo duas mulheres provenientes de outros estados. Quanto ao passado obstétrico no momento das entrevistas, a maior parte das mulheres relatou ter engravidado apenas uma vez (35%) e ter vivenciado o parto normal pela primeira vez (42,5%). Em relação ao aborto e a cesárea, 8 e 5 puérperas, respectivamente, disseram já ter passado por tais experiências.

Vivências de conforto

Por meio da análise das entrevistas, constatou-se que as principais vivências de conforto durante o trabalho de parto e parto relatadas pelas puérperas são o nascimento do(a) filho(a) (n=24), a assistência fornecida pelos profissionais de saúde da maternidade (n=20) e a presença de um acompanhante de sua escolha (n=3).

O nascimento do(a) filha(a) foi relatado pela maior parte das puérperas como um conforto durante o processo parturitivo. Tal experiência foi associada pelas entrevistadas ao fato de poder ver, ouvir ou tocar o(a) filho(a) pela primeira vez, bem como a uma sensação de alívio pela cessação das dores do trabalho de parto e parto:

Ah, o que me fez bem foi escutar o chorinho dele, né?! [...] Ver ele, saber que ele estava bem, para mim foi a melhor coisa que aconteceu. (A3)

[...] colocar a minha filha em cima de mim, foi muito emocionante e foi tudo de bom [...]. (C14)

[...] depois que ela saiu, ah meu Deus, chega deu um alívio tão grande foi um conforto daqueles. (B7)

O parto representa um momento crucial de transição na maternidade, pois proporciona o reconhecimento entre mãe e filho, promovendo subsídios para o fortalecimento do vínculo afetivo. Neste curto período de tempo, a mãe visualiza seu bebê pela primeira vez, reconhecendo-o como parte de si mesma. Os sentimentos de alívio e felicidade podem surgir associados à superação da dor e do medo e à recepção do filho em seus braços, tal como idealizado durante a gestação¹¹.

O conforto nesse momento, a partir de sua concepção na Teoria de Katharine Kolcaba, surge a partir da satisfação da mulher diante do nascimento do filho(a), envolvendo tanto aspectos físicos, como emocionais. Os estados de alívio (condição de uma pessoa que viu satisfeita uma necessidade específica), tranquilidade (estado de calma e/ou contentamento) e transcendência (condição na qual o indivíduo supera os seus problemas ou sofrimento), descritos pela teórica fazem, então, parte desta vivência⁹.

O cuidado à mulher durante o trabalho de parto e parto, não deve ser reduzido apenas ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, mas envolver principalmente, a preocupação, o interesse, a motivação, a gentileza, o respeito e consideração pelo ser cuidado. Havendo dessa forma, a intencionalidade de promover o bem-estar, de manter esse ser seguro e confortável, de oferecer apoio, de minimizar riscos e reduzir a sua vulnerabilidade na

quele momento^{7,12}. Neste sentido, a assistência fornecida pelos profissionais de saúde da maternidade durante o trabalho de parto e parto surge como o segundo conforto mais relatado entre as puérperas.

Eu senti que eles fazem aquilo, com amor, com respeito ao paciente, olhando no olho da pessoa, toca, sente, isso é importante [...]. (B4)

[...] elas tiveram aquela paciência, aquele carinho, aquele afeto por mim [...] gostei muito do atendimento delas, foram excelentes. (C14)

O apoio de todo mundo que estava comigo [...] e depois que acabou tudo, aí veio uma enfermeira e disse: muito bem, você foi muito bem, parabéns! É assim mesmo que tem que ser. (B8)

Humanizar o parto é como dar às mulheres o que lhes é de direito: um atendimento seguro, acolhedor e que respeite suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas, sociais e espirituais, independentemente do profissional que dela cuide ou da instituição onde ela se encontre^{13,40}.

Nesse sentido,

um cuidado de enfermagem eficiente, legítimo e de qualidade, é indispensável considerar em suas ações aspectos essenciais, como o diálogo, o saber ouvir, o toque, a troca de ideias, a demonstração de preocupação e a expressão de afeto, além de outros aspectos holísticos do cuidado¹².

O apoio e a assistência fornecidos à mulher durante o trabalho de parto e parto se relacionam a Teoria do Conforto de Kolcaba, que descreve que, em situações de cuidados de saúde estressantes, as necessidades de conforto são satisfeitas pelos enfermeiros, por meio da identificação das necessidades que ainda não tenham sido satisfeitas por outros sistemas de suporte e do planejamento de ações que possam satisfazê-las⁹.

Desde 2005, a presença de um acompanhante da escolha da mulher durante o trabalho de parto e parto no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é garantida por meio da lei 11.108, sendo reconhecida como uma prática que contribui para a humanização do parto¹⁴, como pode ser observado na fala das puérperas:

Minha tia que estava do meu lado o tempo todo me ajudando, me dando força para que eu não me aperreasse. (C1)

[...] o meu esposo estava do meu lado, eu fiquei com mais segurança, porque eu estava com muito medo de ficar sozinha com o pessoal que faz o parto né?! (B10)

De acordo com o Ministério da Saúde, o benefício da presença do acompanhante já foi comprovado. Vários estudos científicos nacionais e internacionais evidenciaram que as mulheres que tiveram a presença de acompanhantes se sentiram mais seguras e confiantes durante o parto. Também houve redução do uso de medicações para o alívio da dor, da duração do trabalho de parto e do número de cesáreas. Alguns estudos sugerem, inclusive, a possibilidade de outros efeitos, como a redução dos casos de depressão pós-parto¹⁵.

Os benefícios da presença de um acompanhante surgem à medida que ele proporciona suporte emocional e físico à parturiente, sendo inserido no processo de cuidado e fornecendo segurança a mulher por meio de uma presença familiar, visto que o ambiente hospitalar caracteriza-se como desconhecido. Nesse contexto, o conforto e o encorajamento fornecidos pelo acompanhante, permitem a redução dos sentimentos de solidão, ansiedade e dos níveis de estresse causados pela vulnerabilidade da mulher neste momento de suas vidas¹⁶.

Torna-se importante destacar que, apesar da presença do acompanhante ser comprovadamente positiva e garantida por lei, muitas mulheres ainda estão impossibilitadas de serem acompanhadas durante o trabalho de parto e parto. Diante dessa realidade, os profissionais de saúde que prestam cuidado à mulher, inclusive o enfermeiro, devem ultrapassar as barreiras que impedem a efetivação desse direito, garantindo uma assistência humanizada e de qualidade à parturiente¹⁷.

Vivências de desconforto

Por meio da análise das entrevistas constatou-se que as principais vivências de desconforto durante o trabalho de parto e parto relatadas pelas mulheres são: a dor (n=15), a episiorrafia (n=7) e o aumento das dores das contrações em decorrência do uso do “soro” (n=4).

A dor durante o trabalho de parto e parto envolve aspectos biológicos, culturais, socioeconômicos e de caráter emocional, devendo ser compreendida em seu aspecto amplo¹⁸. Essa surge então, como o desconforto mais relatado pelas puérperas, mesmo quando questionadas quanto a outras vivências de desconforto durante o trabalho de parto e parto.

[...] foi muita dor, eu sofri muito [...]. (B3)

As dores, com certeza. As dores são muito ruins, muito mesmo. (B9)

A dor é muito ruim [...] só a dor mesmo. (C6)

Algumas gestantes relatam uma expectativa negativa com o parto, sendo o medo de sentir dor de grande relevância e após sua vivência a referência à dor traz sentimentos e lembranças negativas em relação a este momento da maternidade. Desse modo, durante a assistência à mulher em processo parturitivo, os profissionais de saúde devem se aproximar da mesma para compreender quais os fatores que contribuem para o seu quadro de estresse e de dor, personalizando o cuidado e criando uma relação de confiança que evidencie os sentimentos positivos trazidos pelo parto¹⁹.

De acordo com Katharine Kolcaba, os enfermeiros são julgados pela capacidade de manter o ser cuidado confortável. Sendo assim, cabe a esse profissional e aos demais integrantes da equipe que atuam na assistência ao parto promover, portanto, cuidados a fim de diminuir os estressores e possíveis despreparos enfrentados pela mulher no trabalho de parto, colocando a sua disposição

informações e estratégias que lhe tragam a segurança e o conforto necessários, tais como o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor^{9,20}.

O segundo desconforto mais relatado pelas mulheres refere-se à sensação dolorosa descrita durante o momento da sutura do períneo, a episiorrafia, bem como ao incômodo provocado pela presença da linha de sutura nessa região:

Na hora de pontear né?! Muito desconfortável. Dói muito. Na hora que a médica estava limpando, ela rompeu um ponto e precisou costurar de novo, mais dores. (A12)

Eu não queria pegar ponto. Só isso, porque ponto incomoda demais [...] Vira de lado, de costas, mas dói. Incomoda de todo jeito [...]. (B7)

A episiorrafia incomoda pela manipulação da região perineal que é bastante sensível e que está ainda mais sensibilizada pelas alterações ocasionadas no trabalho de parto e parto. Envolvendo também, as sensações emocionais e de dúvida que a mulher vivencia neste momento, como a alteração em sua genitália, a cicatrização, a vivência sexual com seu parceiro, questões estas que permeiam o emocional dessas mulheres, favorecendo as sensações de medo e dor física²¹.

Diante de tal resultado vale destacar que, a origem do trauma (episiotomia ou laceração) não foi investigada nesta pesquisa, no entanto, no Brasil as taxas de episiotomia são superiores a 76%, chegando a 95,2% entre as nulíparas, sendo considerada uma intervenção de rotina na maioria dos serviços de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, o uso rotineiro de práticas já consideradas obsoletas pelas evidências atuais deve ser evitado pelos profissionais de saúde, sendo adotadas apenas aquelas validadas pela melhor evidência científica disponível, aliando a arte com a ciência, visando um nascimento seguro para mãe e para a criança, com o mínimo de intervenções necessárias¹⁶.

A assistência adequada durante o parto é fundamental para que a mulher vivencie uma experiência com segurança e bem-estar sendo imprescindível que a equipe de saúde proporcione atitudes que facilitem o vínculo e respeito a todos os significados desse momento minimizando procedimentos invasivos desnecessários^{21,2}.

Por estar mais próximo à mulher nesse momento, cabe ao enfermeiro proporcioná-la as melhores condições para que o parto não seja vivenciado de forma traumática, fornecendo orientações e métodos que possam preparar o períneo para a saída da criança. Além disso, o fornecimento do apoio à mulher durante a sutura do períneo também deve ser considerado nos casos em que o trauma não pode ser evitado.

A exacerbação da dor proporcionada pelo uso do “soro” também foi descrita pelas mulheres como um desconforto no trabalho de parto e parto. Diferente daquelas que se referiram a dor como um desconforto isolado, essas mulheres culpavam o “soro” por causar

um maior desconforto doloroso pela intensificação das contrações:

*As dores. Depois que coloca o soro então, acabou-se!
As dores aumentam e vem com mais intensidade. (B4)*

*[...] o soro é para acelerar a dor né?! Acho que a gente
precisa colocar força por conta própria para o bebê
nascer logo, né?! E não colocar o soro. (C9)*

Torna-se importante destacar que não foi realizada uma busca nas prescrições médicas para analisar o tipo de substância presente nos soros administrados e a indicação para o seu uso, pois o objetivo dessa pesquisa é buscar a percepção da mulher acerca do conforto e do desconforto durante o trabalho de parto e parto. No entanto, é possível supor que tal desconforto estaria atrelado ao uso de substâncias sintéticas utilizadas para estimular a contratilidade uterina e conseqüentemente acelerar o trabalho de parto, uma prática comum ao modelo medicalizado¹⁶.

Tanto a realização desnecessária de episiotomia quanto a utilização desenfreada de medicamentos que estimulem a contratilidade uterina promovendo a exacerbação da dor vão de encontro ao proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no que se refere à humanização da assistência às mulheres em trabalho de parto e parto. Pois para a OMS, humanizar o parto é adotar um conjunto de condutas e procedimento que promovem o parto e o nascimento saudáveis, respeitando o processo natural e evitando condutas desnecessárias ou de risco para mãe e feto¹⁷.

CONCLUSÃO

Como foi visto através da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, em situações de cuidados de saúde estressantes, as necessidades de conforto são satisfeitas pelos enfermeiros. Sugere-se então, que os enfermeiros compreendam quais os confortos e desconfortos relacionados ao trabalho de parto e parto para efetivação da humanização do cuidado, fornecendo alternativas para que a mulher se sinta confortável e se torne a protagonista desse momento tão importante de suas vidas.

REFERÊNCIAS

1. Pavanatto A, Alves LMS. Programa de Humanização do pré-natal e nascimento: indicadores e práticas das enfermeiras. REUFISM[*internet*]. 2014[*acesso em 16 outubro 2017*]; 4(4): 761-70. DOI: 10.5902/2179769211329.
2. Santos HFL, Araujo MM. Políticas de humanização ao pré-natal e parto: uma revisão de literatura. Revista Científica FacMais[*internet*]. 2016[*acesso em 16 outubro 2017*]; 6(2): 54-64. Disponível em: <http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2016/07/Artigo-6-POL%C3%8DTCAS-DE-HUMANIZA%C3%87%C3%83O-AO-PR%C3%89-NATAL-E-PARTO.pdf>
3. Ministério Público de Pernambuco. Humanização do parto - Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos. Recife (PE): Procuradoria Geral de Justiça, 2015.
4. Ministério da Saúde (Br). Programa de humanização do pré-natal e nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.

5. Maia MB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e *ethos* profissional. Rio de Janeiro: Editora FICORUZ; 2010.
6. Escobal APL, Matos GC, Gonçalves KD, Quadro PP, Cecagnos S, Soares MC. Participação da mulher na tomada de decisão no processo de parturição. Rev enferm UFPE on line [internet]. 2018[*acesso em 15 Maio 2018*]; 12(2):499-509. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a231114p499-509-2018>
7. Araujo BRO. Dimensões culturais envolvidas na busca pelo parto natural humanizado [Dissertação de Mestrado]. Maceió: Universidade Federal de Alagoas, 2017.
8. Barbosa EMG, Oliveira FDM, Guedes MVC, Monteiro ARM, Rodrigues DP, Silva LF, Fialho AV. Cuidados de enfermagem a uma puérpera fundamentados na teoria do conforto. Rev Min Enferm [internet]. 2014 [acesso em 16 outubro 2017]; 18(4): 850-54. DOI: 10.5935/1415-2762.20140062.
9. Apóstolo JLA. O conforto pelas imagens mentais na depressão, ansiedade e stresse. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2010.
10. Vosgerau DSR, Meyer P, Contreras R. Análise de dados qualitativos nas pesquisas sobre formação de professores. Rev. Diálogo Educ. [internet]. 2017[*acesso em 16 outubro 2017*]; 53(17): 909-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.7213/1981-416X.17.052.AO10>
11. Marciano RP, Amaral WN. O vínculo mãe-bebê da gestação ao pós-parto: uma revisão sistemática de artigos empíricos publicados na língua portuguesa. FEMINA[*internet*]. 2015[*acesso em 16 outubro 2017*]; 43(4): 155-59. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n4/a5307.pdf>
12. Ferreira LMS, Santos ADF, Ramalho RCF, Alves DA, Damasceno SS, Figueiredo MFER, Kerntopf MR, Fernandes GP, Lemos ICS. Assistência de enfermagem durante o trabalho de parto e parto: a percepção da mulher. Revista Cubana de Enfermería[*internet*]. 2017[*acesso em 16 outubro 2017*]; 33(2). Disponível em: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1102/263>
13. Silva IA, Silva PSF, Andrade EWO, Moraes FF, Silva RSS, Oliveira LS. Percepção das puérperas acerca da assistência de enfermagem no parto humanizado. Revista UNINGÁ[*internet*]. 2017[*acesso em 16 outubro 2017*]; 53(2): 37-43. Disponível em: https://www.mastreditora.com.br/periodico/20170806_102009.pdf
14. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita NS. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. Esc Anna Nery[*internet*]. 2014[*acesso em 16 outubro 2017*]; 18(2):262-69. DOI: 10.5935/1414-8145.20140038
15. Ministério da Saúde (Br). Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.
16. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita NS. A contribuição do acompanhante para humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. Esc Anna Nery. 2014; 18: 262-69.
17. Ministério da Saúde (Br). Humanização do parto e do nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014.
18. Mafetoni RR, Shimo AKK. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. Rev Min Enferm. 2014; 18: 505-11.
19. Siebra MA, Brito RC, Monteiro DMS, Monte NL. A dor do parto normal: significados atribuídos pelas puérperas usuárias do SUS. R. Interd.[*internet*]. 2015[*acesso em 16 outubro 2017*]; 8(2): 86-93. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/639/0>
20. Mafetoni RR, Shimo AKK. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. Rev Min Enferm. [internet]. 2014[*acesso em 16 outubro 2017*]; 18(2): 513-520. DOI: 10.5935/1415-2762.20140037.
21. Villela JP, Silva ISR, Martins ERC, Ramos RCA, Costa CMA, Spindola T. Episiotomia: sentimentos vivenciados pelas puérperas. Rev enferm UERJ[*internet*]. 2016[*acesso em 16 outubro 2017*]; 24(5):e21882.Doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.21882>