

<https://doi.org/10.51234/aben.24.e16.c1>

# ANÁLISE DO CONCEITO “SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA” EM MULHERES DURANTE O PARTO NORMAL: REVISÃO INTEGRATIVA

**Fernanda Rocha Apolônio<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-2930-3374

**Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-7554-2662

**Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-6403-7505

**Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-4934-1335

**Suzana de Oliveira Mangueira<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-0931-8675

**Francisca Márcia Pereira Linhares<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-9778-5024

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pernambuco.  
Recife, Pernambuco, Brasil.

**Autora Correspondente:**

Fernanda Rocha Apolônio

E-mail: [fernanda.apolonio@hotmail.com](mailto:fernanda.apolonio@hotmail.com)



## Como citar:

Apolônio FR, Mendes RCMG, Frazão CMFQ, et al. Análise do conceito “sentimento de impotência” em mulheres durante o parto normal: revisão integrativa In: Pontes MC, Linhares FMP, Aguiar GRC, et al (Orgs.). Saúde da mulher e da criança em diferentes contextos da vida: evidências científicas. Brasília, DF: Editora ABEn; 2024. p. 1-15. <https://doi.org/10.51234/aben.24.e16.c01>

Revisora: Valquíria Farias Bezerra Barbosa.  
Instituto Federal de Pernambuco (IFPE).  
Abreu e Lima, Pernambuco, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A palavra impotência, do latim *impotentia*, significa falta de poder, falta de força, insuficiência e impossibilidade física ou moral. Esse sentimento é definido pela Taxonomia da NANDA-I como uma “experiência vivida de falta de controle sobre uma situação, inclusive uma percepção de que as próprias ações não afetam, de forma significativa, um resultado”<sup>(1-2)</sup>.

O sentimento de impotência pode estar relacionado à ansiedade, ao apoio social insuficiente, à baixa autoestima, ao conhecimento insuficiente de controle de situações, à dor, à estigmatização, às estratégias de enfrentamento ineficazes e às interações interpessoais insuficientes. Ademais, pode estar presente nas mulheres durante o parto normal<sup>(2-3)</sup>.

O parto normal é um momento que gera expectativas e tensões nas mulheres. Apesar de culturalmente ser visto como um processo pragmático, o nascimento aflora emoções, a exemplo do sentimento da impotência, que pode transformar o parto em uma experiência insatisfatória e traumática<sup>(3-5)</sup>. Esse sentimento é construído ao longo da gestação em decorrência de informações repletas de contradições repassadas por profissionais de saúde, mídia e comunidade, pois por vezes, o nascimento é visto como uma situação desconhecida e amedrontadora às mulheres<sup>(5)</sup>.

Assim, o momento de reafirmação da capacidade da mulher, durante o parto, passa a ser permeado pelo sentimento de impotência, demonstrado por uma postura ignara e submissa. Conseqüentemente, as emoções como o medo, a ansiedade e a incapacidade oportunizam uma conduta intervencionista que surge como a solução do problema<sup>(4-5)</sup>.

A impotência é um sentimento subjetivo e exige um entendimento ampliado, uma vez que pode influenciar



a fisiologia do parto<sup>(4)</sup>. Compreender esse fenômeno e identificar os antecedentes e os consequentes desse conceito, contribuirá para a assistência de enfermagem, sobretudo para a implementação de intervenções que promovam o protagonismo e o empoderamento da mulher.

A Taxonomia da NANDA-I recomenda que estudos de análise de conceito sejam realizados no intuito de fortalecer o nível de evidência dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) e de contribuir com o seu aperfeiçoamento e atualização, visto que permitem a revisão da definição e dos elementos dos diagnósticos. Nesse contexto, observa-se a necessidade de realizar pesquisas que forneçam informações acerca do sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal, a fim de gerar conhecimentos de como o enfermeiro obstétrico pode identificá-lo e evitar a ocorrência deste, com vistas a melhorar a qualidade da assistência às parturientes.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo analisar o conceito “sentimento de impotência” em mulheres durante o parto normal.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, fundamentada na Análise Conceitual proposta por Walker e Avant<sup>(6)</sup>. A análise de conceito refere-se à primeira etapa de estudos de validação de DE e foi realizada em sete etapas, a saber:

1. Seleção do conceito: O conceito escolhido para análise foi “sentimento de impotência”.
2. Determinação dos objetivos da análise conceitual: O objetivo desse estudo foi analisar o conceito “sentimento de impotência” em mulheres durante o parto normal;
3. Identificação dos possíveis usos do conceito: Nesta etapa, foi realizada uma Revisão Integrativa com a finalidade de verificar o uso do conceito “sentimento de impotência”.
4. Determinação dos atributos críticos ou essenciais: Nesta etapa, a partir da Revisão Integrativa, foram identificadas as palavras ou expressões que apareceram repetidamente na literatura, as quais mostraram a essência do conceito.
5. Identificação de antecedentes e consequentes do conceito: Nesta etapa, a partir da Revisão Integrativa, foi realizado o levantamento de eventos que acontecem antes e depois do fenômeno. Os antecedentes foram classificados em: populações em risco, condições associadas e fatores relacionados; e os consequentes em características definidoras.
6. Construção do caso modelo: Nesta etapa, com base nos resultados da Revisão Integrativa, foi elaborado um caso modelo, que incluiu os atributos do conceito “sentimento de impotência”.
7. Construção do caso adicional: Foi construído um caso adicional, do tipo contrário, que auxilia no esclarecimento do conceito analisado.

Para a construção da revisão integrativa, foram realizadas seis etapas<sup>(7)</sup>. Na primeira, definição da pergunta de pesquisa, utilizou-se a estratégia PICo (População – mulheres; Interesse – atributos, antecedentes e consequentes do sentimento impotência; e Contexto – mulheres durante o parto normal)<sup>(8)</sup>: Quais os atributos, os antecedentes e os consequentes do conceito sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal?

A segunda etapa, levantamento bibliográfico, ocorreu em dezembro de 2021 por meio da busca nas bases de dados: PubMed/Medline; LILACS; Scopus; CINAHL; e BDENF. Os descritores utilizados foram: “Parto Normal”; “Parto Natural” e “Trabalho de Parto”, em inglês, português e espanhol, conforme o Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e o *Medical Subject Headings* (MeSH).

Além disso, foi utilizado descritor não controlado “Sentimento de Impotência” nos mesmos idiomas, bem como os operadores booleanos “AND” e “OR” para a combinação dos termos (Quadro 1).

**Quadro 1** – Quadro do cruzamento dos descritores e do termo não controlado. Recife, PE, Brasil, 2022.

Cruzamento 1	“Parto normal” OR “Parto natural”) AND “Sentimento de impotência”
Cruzamento 2	“Trabalho de parto” AND “Sentimento de impotência”
Cruzamento 3	“Parto normal” OR “Parto natural”) AND “Sentimiento de impotencia”
Cruzamento 4	“Trabajo de parto” AND “Sentimiento de impotencia”
Cruzamento 5	“Natural Childbirth” OR Parturition) AND “Powerlessness feeling”
Cruzamento 6	“Labor, obstetric” AND “Powerlessness feeling”

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos que abordaram sobre o sentimento de impotência das mulheres durante o parto normal, publicados em qualquer período e nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos os artigos de revisões, os editoriais, as dissertações, as teses, as cartas ao editor, os resumos de anais e os artigos que não respondiam à questão da pesquisa.

Primeiramente, foi realizada a leitura de títulos e resumos e selecionados os que atendiam ao objetivo da pesquisa. Após, os artigos selecionados foram lidos na íntegra. Os que atendiam aos critérios de elegibilidade foram incluídos na amostra.

A terceira etapa, extração de dados, foi realizada por meio de um formulário, elaborado para esta pesquisa, com os seguintes itens: título, autores, país, ano de publicação, objetivo, características metodológicas, nível de evidência, e os atributos/antecedentes/consequentes do conceito sentimento de impotência.

A quarta etapa, análise dos estudos selecionados, ocorreu por meio do instrumento *Critical Appraisal Skills Programm (CASP)*<sup>(9)</sup>, o qual classifica as evidências em duas categorias: boa qualidade metodológica e viés reduzido; e qualidade metodológica satisfatória, mas com potencial de viés aumentado.

Também foi avaliado o nível de evidência dos artigos por meio de sete níveis<sup>(10)</sup>: Nível 1 - revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; Nível 2 - evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível 3 - ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível 4 - estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível 5 - evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível 6: evidência a partir de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível 7: opinião de autoridades baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas.

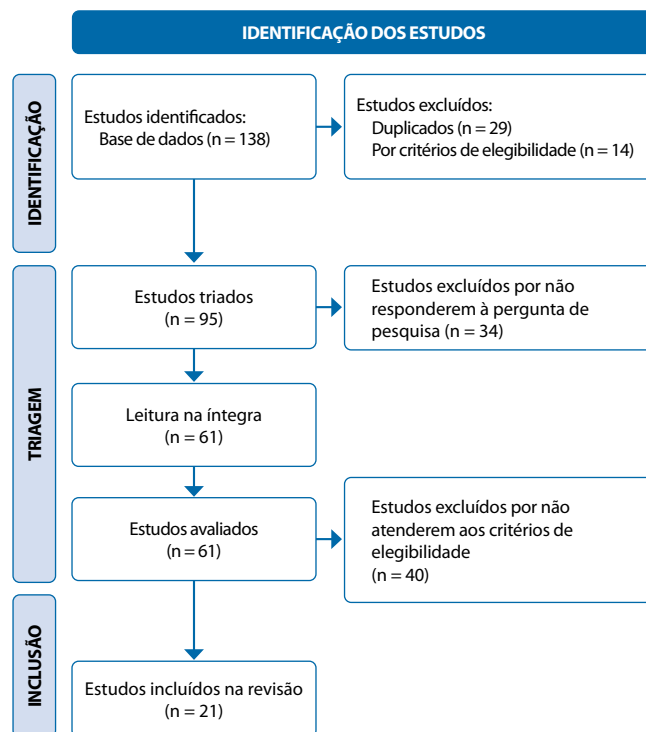
Na quinta etapa, realizou-se a interpretação dos achados. E a sexta etapa, síntese do conhecimento, foi realizada por meio da discussão dos resultados com base na literatura científica.

## RESULTADOS

Após o cruzamento dos descritores, foram encontradas 138 evidências científicas nas bases de dados. Destas, 21 compuseram a amostra final (Figura 1).

Dentre as 21 evidências científicas selecionadas<sup>(11-31)</sup>, a maioria foi publicada no ano 2016<sup>(14,16,20-21)</sup> e no idioma inglês<sup>(12,15,18,22-31)</sup>. Todos apresentaram bom rigor metodológico<sup>(11-31)</sup> e 17 foram avaliados com nível de evidência quatro<sup>(11-17,19-23,25-26,28-29,31)</sup>. Os atributos, os antecedentes e os consequentes do conceito sentimento de impotência foram identificados em mulheres durante o parto normal (Quadro 2).

O caso modelo e o caso adicional a seguir foram construídos com base nos atributos do sentimento de impotência, com o objetivo de clarificar o conceito na população em estudo. Já o caso contrário clarifica a não ocorrência do sentimento de impotência, o que facilita a compreensão.



Fonte: Elaborada pelos autores.

**Figura 1** – Levantamento das evidências científicas para seleção da amostra. Recife, PE, Brasil, 2022

**Quadro 2** – Atributos, antecedentes e consequentes do conceito sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal. Recife, PE, Brasil, 2022.

Atributos/Antecedentes/Consequentes
<p><b>Atributos:</b> Sensação de estar fora de controle/perder o controle<sup>(12,22-23)</sup>, não ter a capacidade de tomar decisões<sup>(12,19,22)</sup>, descrença no próprio corpo<sup>(12,17-19,23,24,31)</sup>, relato verbal de incapacidade<sup>(13)</sup>, não ter protagonismo no próprio parto<sup>(14)</sup> e falta de autonomia<sup>(16)</sup>.</p>
<p><b>Antecedentes:</b> Exposição a relatos negativos sobre o parto<sup>(17,20,25)</sup>, violência obstétrica<sup>(11,17-20,22-24,26)</sup>, cultura da medicalização<sup>(11-12,17-20,22-23,26)</sup>, idade precoce (adolescentes)<sup>(31)</sup>, idade avançada<sup>(29)</sup>, primiparidade<sup>(24,29,31)</sup>, vulnerabilidade social<sup>(12,17-18,20)</sup>, indução do parto<sup>(25)</sup>, trabalho de parto prolongado<sup>(22)</sup>, distocia<sup>(22)</sup>, anestesia<sup>(12,14)</sup>, depressão<sup>(29)</sup>, gestação múltipla<sup>(29)</sup>, conhecimento insuficiente sobre o desempenho do papel<sup>(11,16-17,19,28)</sup>, comunicação deficiente<sup>(16)</sup>, rede de apoio social insuficiente<sup>(11,13,16-17,19,21,24,26-27)</sup>, experiências pregressas negativas<sup>(11,29)</sup>, expectativas irreais<sup>(16,22,24)</sup>, pré-natal inadequado<sup>(11,15,23,29)</sup>, interações interpessoais insuficientes<sup>(16-17,19,24)</sup>, autoritarismo (do profissional cuidador)<sup>(11,27)</sup>, ambiente institucional disfuncional<sup>(13,23,26)</sup>, dor<sup>(14,17,22,24,30)</sup>, ser profissional de saúde<sup>(23)</sup> e medo<sup>(16-18,20,22,25,29-31)</sup>.</p>
<p><b>Consequentes:</b> Dependência<sup>(12,16,19,22)</sup>, descrença no próprio corpo<sup>(12,17-19,26-28,31)</sup>, sensação de perda do controle<sup>(12,15,17,22-24)</sup>, participação inadequada no cuidado<sup>(12,14,22)</sup>, passividade às intervenções<sup>(11-12,15-16,22-24,31)</sup>, sentimento de insegurança<sup>(11,13,16,19-20,28)</sup>, ansiedade<sup>(11,14-17,24-25)</sup>, sentimento de frustração<sup>(19-20,22,24)</sup>, sentimento de fracasso (desistência)<sup>(13,22-25)</sup>, angústia<sup>(11,16-17,22,25,30)</sup>, fadiga<sup>(22)</sup>, desespero<sup>(17,22)</sup> e medo<sup>(11,23,17,20,22,30-31)</sup>.</p>

Fonte: Elaborado pelos autores.

**Caso modelo:** J.S.A.C., 16 anos, brasileira, do interior de Pernambuco, é primigesta. Chega ao hospital de referência no início da fase ativa do trabalho de parto depois de ter ido diversas vezes à maternidade em “alarmes falsos”. A mesma apresenta-se ansiosa e não tem um acompanhante que lhe apoie. Ao avaliar o cartão pré-natal, nota-se que J.S.A.C. teve apenas cinco consultas e sequer lembrava o nome da profissional que a atendera, fato que demonstra não ter criado vínculo. Ao conversar com ela, foi possível identificar o medo do parto em seu discurso que contava sobre a descrença na capacidade do próprio corpo, visto que as

mulheres da sua família não conseguiram parir. O hospital ao qual ela se reportou não conduz a assistência com métodos não farmacológicos para o alívio da dor, o cuidado é impessoal devido à superlotação e não há privacidade no ambiente em que as mulheres passam pelo trabalho de parto. Durante o evento, J.S.A.C demonstrou falta de autonomia, perda do controle, não assumiu o papel de protagonista em nenhum momento e relatava ser incapaz de tomar decisões. Durante o tempo que passou na maternidade, sofreu violência. A mesma relatava não saber o que deveria fazer, gritava que não iria conseguir parir, que era incapaz de dar à luz ao seu filho. Solicitava a todo o momento que encontrava um profissional que lhes “ajudasse” por meio de intervenções e relatava sua dor, angústia e desespero. Teve um trabalho de parto considerado prolongado, ainda assim, chegou ao momento onde conseguiu parir, após ter recebido diversos tipos de intervenção. No alojamento conjunto, a adolescente repetia que não desejaria um parto a ninguém, relatava experiência negativa e a única citação positiva havia sido o término da vivência.

**Caso contrário:** L.M.N.A.M., 28 anos, está grávida do seu segundo filho. No primeiro, teve um parto natural em uma maternidade de referência em humanização da capital. Ela decidiu, junto com sua família, que nesta próxima gestação buscaria a experiência de um parto domiciliar. A mesma realizou nove consultas de pré-natal e participou de rodas de conversa com o grupo de enfermeiras obstétricas que escolheu para lhe dar assistência. Contratou também uma doula com quem se sentiu muito à vontade e confiante. Ao se aproximar o dia provável do parto, ela, apesar de ansiosa para conhecer o seu bebê, prosseguia estudando e vivenciando momentos de conexão com seu corpo, com seu filho. No início ao trabalho de parto, informou a sua equipe e ficou tranquila no seu ambiente familiar. Ao seu tempo, cada etapa do trabalho de parto foi acontecendo e L.M.N.A.M. permanecia tranquila apesar da dor, que foi aliviada com métodos não farmacológicos e realizava exercícios à medida que sentia necessidade. O nascimento aconteceu após 16 horas de trabalho de parto, e a puérpera, nas primeiras horas, se emocionou e relatava com autonomia e alegria a sua experiência positiva.

## DISCUSSÃO

O sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal foi definido como a incapacidade na tomada de decisões e está relacionado à falta de conhecimento e de autonomia no processo de parturição<sup>(12,14,16-19,23-24,31)</sup>. A visão que a sociedade ocidental tem desse fenômeno é que a mulher é passiva, além de que empenhar-se em tornar as parturientes ativas ainda é um desafio<sup>(31-32)</sup>.

A partir deste estudo, foi possível observar que diversos sentimentos envolvem a mulher durante o parto normal. Quando existem sentimentos positivos, estes podem contribuir para um desfecho favorável e satisfatório na parturição; já os negativos, como a impotência, são capazes de suprimir a autonomia e o protagonismo da parturiente<sup>(16,21-22,33)</sup>.

Na parturição, o sentimento de impotência se caracteriza pela perda de controle da situação que está sendo vivenciada, no não se sentir protagonista do processo e na sensação de dependência de outras pessoas. O sentimento é subjetivo e pode colocar a mulher em situação de passividade, deixá-la desconexa com o próprio corpo e em condição de incapacidade<sup>(21-22,34)</sup>.

Ademais, o sentimento de impotência foi reconhecido por meio dos relatos de insegurança, ansiedade, frustração, fracasso e angústia, os quais são consequentes desse sentimento. Todos estes podem ter relação com o medo da dor, da solidão, da violência obstétrica e de não conseguir êxito no parto<sup>(16-18)</sup>. O medo, por exemplo, é definido como um estado emocional ou resposta a uma ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo seja ele real, hipotético ou imaginário; falta de coragem; e preocupação com determinado fato ou possibilidade<sup>(16-18,20,22,25)</sup>.

A influência cultural e social foi observada como um antecedente do sentimento de impotência e pode ser revelada também no relato de exposição às histórias de partos difíceis e ao acesso às informações negativas

pela mídia. As mulheres estão sujeitas às crenças provenientes do meio em que vivem, as quais podem determinar sentimentos<sup>(11-12,17-20,22-23,26)</sup>.

O meio social que a gestante está inserida pode influenciar nas escolhas e decisões relacionadas à parturição. Assim, essas mulheres estão expostas aos pensamentos e às crenças dos amigos, familiares e vizinhos, que por vezes trazem informações de situações difíceis vivenciadas. Da mesma forma, a cultura é outro fator que pode influenciar o comportamento das parturientes, sobretudo na realização de práticas que permitem ou impedem o protagonismo da mulher. Nesse caso, os profissionais de saúde devem respeitar as especificidades<sup>(11-12,17-20,22-23,26)</sup>.

Outros antecedentes do sentimento de impotência identificados foram o conhecimento insuficiente e a falta de preparo no pré-natal. Para colaborar com a participação e autonomia da mulher, a implementação das ações de educação em saúde são fundamentais no decorrer de todas as etapas do ciclo gestacional<sup>(11,16-17,19,28)</sup>.

É no pré-natal que a mulher deverá ser orientada a viver o parto de forma positiva. Nele, os profissionais de saúde devem compartilhar saberes, em uma postura disponível, atenta e respeitosa, com escuta qualificada, com vistas a buscar conhecer a mulher e devolver a sua autoconfiança. Por meio dessa atenção, é possível minimizar as consequências das más experiências pregressas<sup>(31,35-36)</sup>.

Os fatores pessoais não modificáveis, como idade precoce ou avançada – extremos de idade – e questões relativas à situação obstétrica, como o trabalho de parto induzido, prolongado e a gestação múltipla também podem suscitar emoções prejudiciais. Isso remete à necessidade de um maior preparo das gestantes durante o pré-natal para um melhor entendimento da sua condição e das possibilidades do seu corpo e fisiologia<sup>(29,31)</sup>.

Além desses, são antecedentes do sentimento de impotência: violência obstétrica, ausência de rede de apoio preparada, comunicação deficiente entre equipe e mulher, desumanização, o ambiente institucional disfuncional, dor e o uso de anestesia. Esses fatores podem perturbar o processo cerebral natural do trabalho de parto<sup>(11,13,16-17,26-27)</sup>.

A ausência de enfermeiros e de doulas apresenta-se como antecedente do sentimento de impotência, o que ressalta a importância dessas profissões na humanização do parto e nascimento e a importância da rede social de apoio eficaz. Esses profissionais devem ser capazes de basear as próprias ações que melhorem a condição das gestantes e fortaleça sua autonomia nas decisões<sup>(11,23,27)</sup>.

Os enfermeiros obstétricos e as doulas são essenciais para o fortalecimento do protagonismo do parto. Quando estão ausentes, há uma maior taxa de procedimentos que vão de encontro a humanização do parto, ocasionando medo, angústia e insegurança às parturientes, as quais passam a entender que a parturição é um momento difícil e ruim<sup>(11,23,27,37)</sup>.

O cuidado deve ser humanizado na perspectiva de atender às necessidades individuais de cada mulher. Isso acontece quando os profissionais de saúde realizam ações educativas durante o ciclo gravídico por meio de uma perspectiva libertadora<sup>(6)</sup>. Nesse sentido, é preciso repensar o processo de formação que valorize o protagonismo da mulher<sup>(38)</sup>.

Notou-se que a violência obstétrica foi um fator desencadeador para a presença do sentimento de impotência. Esse tipo de violência está diretamente relacionado ao poder que circunda o parto e à imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis<sup>(11,17-20,22-24,26)</sup>. É necessário abordar essa temática, especialmente nas consultas de pré-natal, nas quais se tem a oportunidade de problematizar a necessidade do empoderamento para uma tomada de decisão no que se refere ao seu corpo e a sua parturição<sup>(31,39-40)</sup>, uma vez que existem diversos fatores que ocasionam o sentimento de impotência da mulher.

Destaca-se também que esse sentimento pode trazer algumas consequências à mulher, tais como: descrença no próprio corpo, sensação de perda do controle, passividade às intervenções, sentimento de insegurança, ansiedade, sentimento de frustração, sentimento de fracasso, angústia desespero e medo<sup>(11,22,30-31)</sup>.

Os achados deste estudo contribuirão para o enfermeiro obstétrico implementar intervenções que venham favorecer o empoderamento e o protagonismo das mulheres. Por meio do conhecimento sobre o sentimento

de impotência e dos seus antecedentes e consequentes, pode-se oferecer as boas práticas para o parto e nascimento. Ademais, apresenta-se como limitação a subjetividade do conceito sentimento de impotência, pois houve a exigência de interpretação e inferência dos autores do estudo, o que pode ter restringido a identificação dos atributos, antecedentes e consequentes.

## CONCLUSÃO

Este estudo oportunizou analisar o conceito sentimento de impotência em mulheres durante o parto normal. A partir dessa análise, foi possível identificar, por meio dos 21 estudos da amostra, seis atributos, 25 antecedentes e 13 consequentes do conceito, os quais subsidiarão a revisão da definição e dos elementos do DE Sentimento de Impotência da Taxonomia da NANDA-I.

Evidenciou-se que esse sentimento leva a mulher a ter falta de controle, de autonomia e de participação nas decisões durante o processo da parturição. Tal sentimento apresenta-se por meio de emoções e distintos comportamentos e, em geral, está relacionado às emoções como insegurança, ansiedade, angústia e medo, que podem guiar o trabalho de parto e parto para uma experiência negativa.

Sugere-se que outros estudos sejam realizados, principalmente pesquisas que deem continuidade a validação do DE Sentimento de impotência, com vistas a testar os achados encontrados na prática clínica.

## REFERÊNCIAS

8. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018- 2020. Porto Alegre: Artmed; 2018. 488 p.
9. Weeks F, Pantoja L, Ortiz J, Foster J, Cavada G, Binfa L. Labor and birth care satisfaction associated with medical interventions and accompaniment during labor among Chilean women. *J Midwifery Womens Health*. 2017;62(2):196-203. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12499>
10. Agha S, Fitzgerald L, Fareed A, Rajbhandari P, Rahim S, Shahid F, Currie S. Quality of labor and birth care in Sindh Province, Pakistan: findings from direct observations at health facilities. *PloS one*. 2019;14(10):e0223701. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223701>
11. Gama SGN, Viellas EF, Torres JA, Bastos MH, Brüggemann OM, Filha MMT, et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reprod Health*. 2016;13(3):225-33. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0236-7>
12. Bhowmik J, Biswas RK, Ananna N. Women’s education and coverage of skilled birth attendance: an assessment of Sustainable Development Goal 3.1 in the South and Southeast Asian Region. *PloS One*. 2020;15(4):e0231489. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231489>
13. Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in Nursing*. Harlow, UK: Pearson Education; 2011. 248 p.
14. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
15. Danski MTR, Oliveira GLR, Pedrolo E, Lind J, Johann DA. Importance of evidence-based practice in nurse’s work processes. *Cienc Cuid Saúde*. 2017;16(2):1-6. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v16i2.36304>
16. Critical Appraisal Skills Programm. Critical Appraisal Checklists [Internet]. Oxford: CASP; 2020 [cited 2021 Apr 21]. Available from: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
17. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. 599 p.
18. Nascimento RRP, Arantes SL, Souza EDC, Contrera L, Sales APA. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(esp):119-26. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56496>
19. Logsdon K, Smith-Morris C. An ethnography on perceptions of pain in Dutch “Natural” childbirth. *Midwifery*. 2017;55(1):67-74. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.004>

20. Ribeiro JF, Sousa YE, Luz VLES, Coelho DMM, Feitosa VC, Cavalcante MFA, et al. Percepção do pai sobre a sua presença durante o processo parturitivo. *Rev Enferm UFPE*. 2018;12(6):1586-92. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a234522p1586-1592-2018>
21. Motta AMF, Feitosa DS, Bezerra TF, Moura RC, Moura DJM. Implementação da humanização da assistência ao parto natural. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(2):593-9. <https://doi.org/10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201628>
22. Rasouli M, AtashSokhan G, Keramat A, Khosravi A, Fooladi E, Mousavi SA. The impact of motivational interviewing on participation in childbirth preparation classes and having a natural delivery: a randomized. *Obstet Gynecol Int J*. 2017;124(4):631-39. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14397>
23. Melo DSA, Oliveira e Silva JMO, Santos AA, Sanches METL, Cavalcante KOR, Jacintho KS. Percepção da mulher quanto à assistência ao parto. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(2):814-20. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i2a11024p814-820-2016>
24. Scarton J, Prates LA, Wilhelm LA, Silva SC, Possati AB, Ilha CB et al. "No final compensa ver o rostinho dele": vivências de mulheres-primíparas no parto normal. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(esp):143-51. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.5678>
25. Preis H, Gozlan M, Dan U, Benyamini Y. A quantitative investigation into women's basic beliefs about birth and planned birth choice. *Midwifery*. 2018;63(1):46-51. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.002>
26. Freire HSS, Campos FC, Castro RCMB, Costa CC, Mesquita VJ, Viana RAA. Parto normal assistido por enfermeira: experiência e satisfação de puérperas. *Rev Enferm UFPE*. 2017;11(6):2357-67. <https://doi.org/10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201714>
27. Nascimento JP, Mattos DV, Matão MEL, Martins CA, Moraes PA. O Empoderamento da mulher no parto domiciliar planejado. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(5):4182-7. <https://doi.org/10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201601>
28. Souza TA, Mattos DV, Matão MEL, Martins CA. Sentimentos vivenciados por parturientes em razão da inserção do acompanhante no processo parturitivo. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(6):4735-40. <https://doi.org/10.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup201604>
29. Nystedt A, Högberg U, Lundman B. Some Swedish women's experiences of prolonged labour. *Midwifery*. 2006;22(1):56-65. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.05.003>
30. Viisainen K. Negotiating control and meaning: home birth as a self-constructed choice in Finland. *Soc Sci Med*. 2001;52(7):1109-21. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00206-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00206-9)
31. Kannan S, Jamison RN, Datta S. Maternal satisfaction and pain control in women electing natural childbirth. *Reg Anesth Pain Med*. 2001;26(5):468-72. <https://doi.org/10.1053/rapm.2001.24260>
32. Mitchell M, McClean, S. Pregnancy, risk perception and use of complementary and alternative medicine. *Health Risk Soc*. 2014;16(1):101-16. <https://doi.org/10.1080/13698575.2013.867014>
33. Hunter B. Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery*. 2004;20(3):261-72. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2003.12.004>
34. Li HT, Lin KC, Chang SC, Kao CH, Liu CY, Kuo SC. A Birth Education Program for Expectant Fathers in Taiwan: effects on their anxiety. *Birth*. 2009;36(4):289-96. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00356.x>
35. Renkert S, Nutbeam D. Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promot Int*. 2001;16(4):381-8. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.4.381>
36. Kringeland T, Daltveit AK, Møller A. How does preference for natural childbirth relate to the actual mode of delivery? a population-based cohort study from Norway. *Birth*. 2010;37(1):21-7. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00374.x>
37. Landau R. Artificial womb versus natural birth: an exploratory study of women's views. *J Reprod Infant Psychol*. 2007;25(1):4-17. <https://doi.org/10.1080/02646830601117118>
38. Boyacıoğlu AÖ, Türkmen A. Social and cultural dimensions of pregnancy and childbirth in eastern Turkey. *Cult Health Sex*. 2008;10(3):277-85. <https://doi.org/10.1080/13691050701673925>
39. Kotwittz F, Gouveia HG, Gonçalves AC. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. *Esc Anna Nery*. 2018;22(1):e20170013. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0013>
40. Alvares AS, Corrêa ÁCDP, Nakagawa JTT, Teixeira RC, Nicolini AB, Medeiros RMK. Humanized practices of obstetric nurses: contributions in maternal welfare. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):277-83. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0290>



41. Oliveira VJ, Penna CMM. Every birth is a story: process of choosing the route of delivery. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 3):1228-36. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0497>
42. Park SA, Kim HY. Development and effects of a labor nursing education program using a high-fidelity simulator for nursing students in Korea. *Korean J Women Health Nurs.* 2020;26(3):240-9. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2020.09.18>
43. Amaral RCS, Alves VH, Pereira AV, Rodrigues DP, Branco MBLR, Santos MV, et al. Inserção do enfermeiro obstetra no parto e nascimento. *Rev Enferm UFPE.* 2018;12(11):3089-97. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i11a234531p3089-3088-2018>
44. Barbosa MBB, Herculano TB, Brilhante MAA, Sampaio J. Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. *Saúde Debate.* 2018;42(117):420-9. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811706>
45. Silva RCF, Souza BF, Wernet M, Fabbro MRC, Assalin ACB, Bussadori JCC. Satisfação no parto normal: encontro consigo. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39(e20170218):e20170218. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170218>
46. Lansky S, Souza KVD, Peixoto ERDM, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Cienc Saude Colet.* 2019;24(1):2811-23. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>
47. Rodrigues DP, Alves VH, Vieira RS, Leão DCMR, Paula E, Pimentel MM. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. *Rev Enferm UFPE.* 2018;12(1):236-46. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i1a23523p236-246-2018>