O papel do parceiro na parturição: interfaces entre suporte físico e vínculo afetivo

The role of the partner in childbirth: interfaces between physical support and affective bonding

El papel de la pareja en la parturición: interfaces entre el apoyo físico y el vínculo afectivo

Kamilla Ferreira Pimentel[1], Isabella Alves de Godoi Máximo[2], Shirley Kellen Ferreira[3], Alessandra Patrícia Cardoso Tavares[4], Flávia Alves Amorim Souza Sales[5], Kennedy Feliciano[6], Meillyne Alves dos Reis[7]

Como citar: Pimental KF, Máximo IAG, Ferreira SK, Tavares APC, Sales FAAS, Feliciano K, et al. O papel do parceiro na parturição: interfaces entre suporte físico e vínculo afetivo. REVISA. 2025; 14(4): 1997-2007. Doi: https://doi.org/10.36239/revisa.v14.n4.p1997a2007

REVISA

1. Universidade Estadual de Goiás. Unidade Universitária de Ceres. Ceres, Goiás, Brasil. https://orcid.org/0009-0003-2906-9386

2. Universidade Estadual de Goiás. Unidade Universitária de Ceres. Ceres, Goiás, Brasil. https://orcid.org/0009-0007-3156-7703

3. Universidade Estadual de Goiás. Unidade Universitária de Ceres. Ceres, Goiás, Brasil. https://orcid.org/0000-0003-1376-212X

4. Universidade Estadual de Goiás. Unidade Universitária de Ceres. Ceres, Goiás, Brasil. https://orcid.org/0009-0009-7359-3605

5. Universidade Salgado de Oliveira (Universo). Goiânia, Goiás, Brasil. https://orcid.org/0000-0001-7820-5805

6. Escola de Saúde Pública do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal. Brasil. https://orcid.org/0000-0003-0157-7883

7. Universidade Estadual de Goiás. Unidade Universitária de Ceres. Ceres, Goiás, Brasil. https://orcid.org/0000-0001-5953-4398

Recebido: 07/07/2025
Aprovado: 10/09/2025

RESUMO

Objetivo: Descrever as vivências das mulheres, no processo de parturição, tendo como acompanhamento a parceria. Material e método: Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório de campo, longitudinal e descritivo, realizado entre 2022 e 2025, atendendo aos critérios do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) com 15 mulheres no processo de parturição utilizando instrumento semiestruturado. A análise dos dados foi feita por meio da técnica de análise de conteúdo com apoio do software ATLAS.ti 5.2. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAEE: 83336017.7.0000.5076 e parecer Nº 3.032.866). Resultados: A idade média das mulheres foi de 30 anos, majoritariamente pardas. Predominaram primíparas (60%), com pré-natal no 1º trimestre e ≥6 consultas (73,3%). Partos vaginais, métodos não farmacológicos e presença contínua do parceiro em 100% dos casos. Emergiu-se duas categorias temáticas a saber: Categoria 1 — O suporte físico do parceiro na parturição: presença contínua, cuidado corporal e mediação com a equipe de saúde; e Categoria 2 — Vínculo afetivo como interface do cuidado: segurança emocional, validação e fortalecimento da autonomia feminina. Considerações finais: A presença do parceiro articulou suporte físico e vínculo afetivo, promovendo segurança e autonomia na parturição. O envolvimento contínuo favoreceu cuidado centrado na mulher. Destaca-se a importância de reconhecer o acompanhante como parte do cuidado.

Descritores: Parto humanizado; Cuidados de enfermagem; Nascimento; Relações Interpessoais.

ABSTRACT

Objective: To describe women's experiences during the childbirth process, with partner support. Materials and Methods: This is a qualitative, exploratory, longitudinal, and descriptive field study conducted between 2022 and 2025, in accordance with the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). The study included 15 women in the childbirth process, using a semi-structured instrument. Data were analyzed using the content analysis technique, supported by the software ATLAS.ti version 5.2. The study was approved by the Research Ethics Committee (CAEE: 83336017.7.0000.5076; approval number 3.032.866). Results: The mean age of the women was 30 years, predominantly mixed-race. Most were primiparous (60%), with prenatal care initiated in the first trimester and ≥6 consultations (73.3%). All births were vaginal, with the use of non-pharmacological methods and continuous partner presence in 100% of cases. Two thematic categories emerged: Category 1 — The partner's physical support during parturition: continuous presence, bodily care, and mediation with the healthcare team; and Category 2 — Affective bond as an interface of care: emotional security, validation, and strengthening of female autonomy. Final considerations: The partner's presence articulated physical support and affective bonding, promoting security and autonomy during parturition. Continuous involvement favored woman-centered care, highlighting the importance of recognizing the companion as part of the care process.

Descriptors: Humanized childbirth; Nursing care; Birth; Interpersonal relations.

RESUMEN

Objetivo: Describir las vivencias de las mujeres durante el proceso de parto, con el acompañamiento de la pareja. Materiales y métodos: Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio, longitudinal y descriptivo de campo, realizado entre 2022 y 2025, de acuerdo con los criterios del Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). Participaron 15 mujeres en proceso de parto, mediante el uso de un instrumento semiestructurado. El análisis de los datos se realizó a través de la técnica de análisis de contenido, con el apoyo del software ATLAS.ti versión 5.2. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación (CAEE: 83336017.7.0000.5076; dictamen Nº 3.032.866). Resultados: La edad media de las mujeres fue de 30 años, predominantemente de raza mestiza. Predominaron las primíparas (60%), con inicio del control prenatal en el primer trimestre y ≥6 consultas (73,3%). Todos los partos fueron vaginales, con uso de métodos no farmacológicos y presencia continua de la pareja en el 100% de los casos. Emergieron dos categorías temáticas: Categoría 1 — El apoyo físico de la pareja en la parturición: presencia continua, cuidado corporal y mediación con el equipo de salud; y Categoría 2 — El vínculo afectivo como interfaz del cuidado: seguridad emocional, validación y fortalecimiento de la autonomía femenina. Consideraciones finales: La presencia de la pareja articuló el apoyo físico y el vínculo afectivo, promoviendo seguridad y autonomía durante la parturición. La participación continua favoreció un cuidado centrado en la mujer, destacándose la importancia de reconocer al acompañante como parte del cuidado.

Descriptores: Parto humanizado; Cuidados de enfermería; Nacimiento; Relaciones interpersonales.

ORIGINAL

Introdução

O ato de dar à luz é um dos momentos mais significativos e transformadores na vida da mulher. Além de ser um evento biológico, o parto abrange dimensões emocionais, sociais e culturais que afetam intensamente a mulher e a rede de apoio[1,2].

No contexto do parto humanizado, torna-se fundamental considerar e valorizar a cultura, as crenças e a religiosidade das mulheres, assim como suas redes de apoio, com o objetivo de fortalecer o autocuidado e garantir a segurança e o bem-estar tanto da mãe quanto do recém-nascido (RN)[3,4,5]. Nos últimos anos, o movimento em prol do parto humanizado e da valorização da autonomia feminina tem destacado a importância da presença do acompanhante, especialmente o companheiro, como fator de apoio, segurança e conforto durante o trabalho de parto e nascimento[6,7].

Apesar das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da legislação brasileira que asseguram à parturiente o direito a um acompanhante de sua escolha[6], ainda persistem barreiras estruturais, institucionais e culturais que dificultam a efetiva implementação dessa prática[3]. Em muitos cenários, a presença do companheiro é negligenciada ou pouco valorizada pelos serviços de saúde, restringindo-se a um aspecto formal, sem considerar o impacto subjetivo e relacional dessa experiência[3,6,7].

As vivências das mulheres nesse contexto revelam não apenas os aspectos do cuidado recebido, mas também a forma como o apoio do companheiro pode influenciar sua percepção de acolhimento, respeito, empoderamento e protagonismo no parto. Contudo, estudos qualitativos sobre a experiência da parturiente acompanhada pelo companheiro ainda são escassos, especialmente no âmbito da saúde pública brasileira.

Nesse contexto, a participação do parceiro no processo de parturição tem se tornado cada vez mais relevante, como suporte, agente ativo no cuidado, apoio emocional e consolidação dos laços familiares[8].

O estudo visa responder o acrônimo PICo[9] onde: P - população: Mulheres em processo de parturição; I - interesse: Vivências/experiências durante o parto; Co – contexto: Presença do companheiro como acompanhante no processo de parturição. Assim questiona-se: Quais são as vivências das mulheres durante o processo de parturição quando acompanhadas por seus companheiros?

Desse modo esse estudo teve como objetivo descrever as vivências das mulheres, no processo de parturição, tendo como acompanhamento a parceria.

Material e método

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório de campo, longitudinal e descritivo[10], realizado entre 2022 e 2025, atendendo aos critérios do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)[11,12].

A amostra foi por conveniência e participaram do estudo 15 mulheres no processo de parturição. A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de um questionário semiestruturado. A pesquisa foi realizada no município de Anápolis, localizado no estado de Goiás, na região Centro-Oeste do Brasil.

De acordo com dados do Censo Demográfico de 2022, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)[13], o município possui uma

população estimada de 398.869 habitantes e uma extensão territorial aproximada de 918,3 km². Aproximadamente 98% da população do município reside em área urbana, e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,737, conforme dados do Censo Demográfico de 2010, divulgados pelo IBGE, 2022[13].

As falas das participantes foram identificadas pelo prefixo "Entrevistado", seguido de numeração. As narrativas foram analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin[14], com apoio do software *ATLAS.ti*, versão 5.2[15]. O programa não automatiza a análise, mas auxilia na organização e no gerenciamento dos dados codificados, favorecendo a interpretação pelo pesquisador[15,16]. Trata-se de uma ferramenta amplamente utilizada em diferentes áreas do conhecimento para a sistematização do material empírico[17].

O estudo atende a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) [18] e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com o número em Pesquisa da CAEE: 83336017.7.0000.5076 e parecer Nº 3.032.866.

Resultados

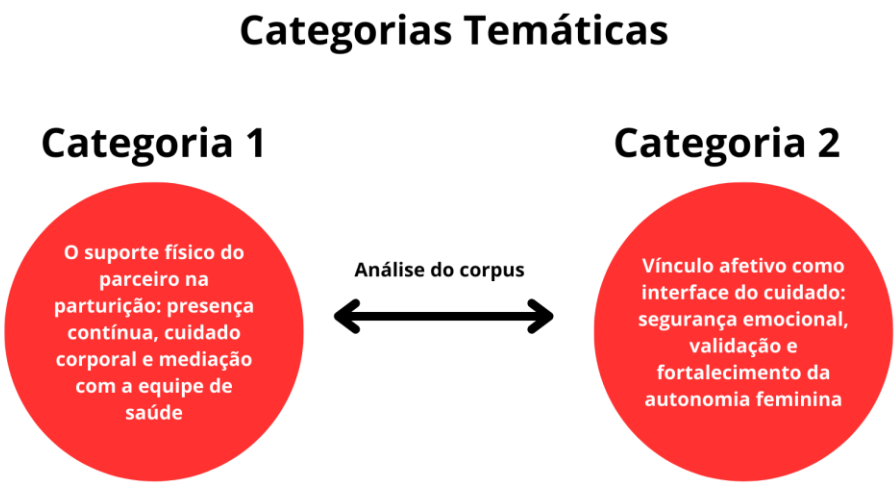
Participaram 15 mulheres no processo parturitivo, com idade entre 20 e 35 anos, a média de idade foi de 30 anos. Predominaram participantes que se autodeclararam pardas (n=10/66,66%), com escolaridade ensino médio completo (n=8/53,33%) e situação conjugal casada ou com parceiro estável (n=15/100%).

Quanto ao perfil obstétrico, observou-se que a maioria eram primíparas (n=9/60,00%) seguida por multíparas (n=6/40,00%), com início do pré-natal majoritariamente no primeiro trimestre (n=15/100%) e número de consultas ≥ 6 (n=11/73,33%).

No intraparto, os partos foram normais, com utilização de métodos não farmacológicos (n=15/100%). A presença do parceiro como acompanhante foi contínua em todos os casos, incluindo participação no pré-natal (n=11/80,00%) e suporte durante o trabalho de parto (n=15/100%).

A análise dos *corpus* emergiu duas categorias temáticas a saber: Categoria 1 — O suporte físico do parceiro na parturição: presença contínua, cuidado corporal e mediação com a equipe de saúde; e Categoria 2 — Vínculo afetivo como interface do cuidado: segurança emocional, validação e fortalecimento da autonomia feminina (Figura 1).

Figura 1: Figura representativa das categorias temáticas



Categoria 1 — O suporte físico do parceiro na parturição: presença contínua, cuidado corporal e mediação com a equipe de saúde

As mulheres relataram que o parceiro desempenhou um papel ativo e contínuo no trabalho de parto (TP), caracterizado por ações concretas de suporte físico, permanência constante e participação direta no manejo do corpo e do ambiente. Esse suporte incluiu massagens, auxílio na mobilidade, acompanhamento em diferentes espaços (chuveiro, posições verticais), incentivo verbal e manutenção da presença mesmo diante de momentos de tensão, dor e irritabilidade.

A narrativa evidencia que o suporte físico não se limitou a uma atuação técnica ou mecânica, mas esteve profundamente imbricado com a disponibilidade emocional e relacional do parceiro, que permaneceu junto à mulher mesmo quando suas intervenções não eram imediatamente desejadas. Tal permanência foi significada como elemento de sustentação, segurança e não abandono.

E-2. *Nossa, fiquei muito nervosa, tiveram momentos que precisei mandar ele calar a boca, ainda assim ele ficou aqui comigo. Dizia para eu não desistir, segurou a minha mãe, fez massagem nas minhas costas, foi para o chuveiro, fez até agachamento. Ah, e quando ela nasceu, nossa, que emoção sem igual, ele cortou o cordão umbilical e chorou como uma criança. A equipe disse: 'o bebê é da mamãe por no mínimo 30 minutos, não vai poder pegar, esse momento é importante para construírem vínculos, mas você pode ficar junto todo o tempo e continuar dando apoio'.*

E-4. *Durante todo o trabalho de parto ele não saiu de perto de mim. Quando a dor aumentava, me ajudava a mudar de posição, fazia massagem, segurava firme minha mão e me lembrava de respirar. Mesmo quando eu ficava impaciente ou nervosa, ele permanecia ali, dizendo que eu conseguiria, que estava indo bem. Isso me deu força para continuar.*

Além do cuidado corporal direto, o parceiro também assumiu a função de mediador da relação com a equipe de saúde, atuando na proteção da privacidade, no controle do fluxo de pessoas e na negociação de limites, conforme os desejos da mulher. Essa mediação contribuiu para a construção de um ambiente assistencial percebido como mais seguro, respeitoso e acolhedor.

E-10. *Eu fui em todas as consultas pré-natais acompanhadas. Ele nunca me deixou. Foi presente o tempo todo. Aqui durante o trabalho de parto eu pedi a ele que preservasse a nossa privacidade. Eu tinha muito medo de pessoas entrando o tempo todo e dando palpites. Mas ele me protegeu, pediu a equipe privacidade, fez amizade com o pessoal e todos foram muito bons comigo.*

E-15. *Eu me sentia mais segura porque ele falava por mim quando eu não conseguia. Pedia silêncio, explicava para a equipe o que eu queria e protegia minha privacidade. Saber que alguém estava cuidando do ambiente enquanto eu me concentrava no parto fez toda a diferença para eu me sentir acolhida.*

Os achados indicam que o suporte físico exercido pelo parceiro ultrapassa a dimensão instrumental, configurando-se como uma estratégia relacional de cuidado, que articula presença, ação e proteção no contexto da parturição.

Categoria 2 — Vínculo afetivo como interface do cuidado: segurança emocional, validação e fortalecimento da autonomia feminina

O vínculo afetivo entre a mulher e o parceiro emergiu como um componente central da experiência da parturição, sendo descrito como fonte de segurança emocional, encorajamento e validação das decisões femininas. As participantes enfatizaram que a presença do parceiro não se restringiu ao "estar junto", mas ao reconhecimento da mulher como sujeito de escolhas, respeitando sua autonomia desde o pré-natal até o trabalho de parto.

As narrativas revelam que o vínculo afetivo se expressou por meio de olhares, palavras, gestos e atitudes que reforçaram a confiança da mulher em si mesma e no processo vivido. Esse apoio emocional foi percebido como fundamental para enfrentar o medo, a dor e a intensidade do parto, fortalecendo o protagonismo feminino.

E-6. *O trabalho de parto é realmente um trabalho, é tudo muito intenso, e a dor é difícil de descrever. O meu acompanhante estava muito assustado com o meu despreparo emocional nas primeiras três horas de dor. Dei alguns gritos intensos. Ele me pediu calma e, depois, permaneceu em silêncio, apenas me olhando intensamente e segurando firme a minha mão. Com esse gesto, não precisou dizer mais nada. Eu entendi que precisava me acalmar, pois ele estava ali comigo. Quando parei de gritar, ele me abraçou bem firme e, nesse abraço, eu repousei e me senti segura.*

E-13. *Ele me olhava com ternura. Apoiou todas as minhas decisões desde o pré-natal. Até me senti um pouco egoísta para com ele, eu pensei assim 'o corpo é meu, embora o filho seja nosso'. Eu cheguei a falar isso pra ele e ele nunca questionou. Foi meu apoio todo tempo. E aqui no trabalho de parto segurou firme a minha mão, me disse o quanto eu era forte e corajosa, que me amava e queria estar conosco todos os segundos.*

O vínculo afetivo também foi associado à construção de memórias positivas e duradouras sobre o parto, sendo significado como um cuidado que ultrapassa o momento imediato da parturição e se projeta para a vida da mulher.

E-10. *Ninguém foi mais importante e especial do que o meu marido, há sua proteção e cuidados vou levar pra toda a vida.*

Além disso, a participação do parceiro no momento do nascimento foi descrita como carregada de emoção e simbolismo, reforçando a ideia de que o vínculo afetivo atua como uma tecnologia relacional de cuidado, capaz de humanizar a experiência do parto e fortalecer os laços familiares.

E-2. *Ah e quando ela nasceu, nossa que emoção sem igual, ele cortou o cordão umbilical e chorou como uma criança.*

Esses resultados evidenciam que o vínculo afetivo, articulado ao suporte físico, constitui uma interface essencial do cuidado na parturição, promovendo segurança emocional, autonomia e uma vivência positiva do nascimento.

Discussão

A participação do parceiro na parturição configura uma interface dinâmica entre suporte físico e vínculo afetivo, constituindo um cuidado contínuo que atravessa dimensões corporais, emocionais e relacionais do parto[19,20,21].

As narrativas evidenciam um "cuidado em camadas", no qual ações concretas tais como massagens, apoio postural, presença contínua e organização do ambiente[6,22], produzem efeitos subjetivos de segurança, autorregulação emocional e não abandono. De forma recíproca, o vínculo afetivo potencializa a eficácia do suporte físico ao atribuir sentido protetivo e simbólico aos gestos de cuidado.

Em momentos de maior dor e vulnerabilidade, o parceiro atua como agente de continuidade, ajustando-se às necessidades expressas ou silenciosas da mulher[6]. Esses achados reforçam que a presença do parceiro extrapola o acompanhamento passivo, configurando uma participação ativa e responsiva no manejo da dor, na mobilidade corporal e na sustentação emocional ao longo do trabalho de parto[6,22,23].

O resultado converge com recomendações nacionais[7,24] e internacionais[25] que valorizam a presença de um acompanhante de escolha ao longo de todo o trabalho de parto e parto, como componente de cuidado intraparto orientado a uma experiência positiva.

Além disso, as evidencias científicas aponta que o suporte contínuo durante o trabalho de parto se associa a desfechos favoráveis (maior chance de parto vaginal espontâneo e menor probabilidade de experiências negativas)[26,27,28] sem evidência de danos, o que reforça que a presença do acompanhante não é apenas "humanização" em sentido abstrato, mas uma intervenção relacional com efeitos mensuráveis e percebidos[28,29].

O papel do parceiro como mediador junto à equipe, especialmente na proteção da privacidade e na regulação do ambiente[6,7]. Essa mediação parece ampliar a autonomia prática da mulher no intraparto, ao permitir que ela concentre energia na experiência corporal enquanto o acompanhante apoia a comunicação e a negociação de limites[30].

Tal achado é particularmente relevante no contexto brasileiro, em que o direito ao acompanhante está formalmente garantido por lei[7], com previsão de presença durante trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e conveniados[6,7].

Os achados evidenciam um ponto de interface entre normas assistenciais e experiência familiar: mesmo quando o contato pele a pele[31,3] e o vínculo mãe–bebê são priorizados[31,3], a permanência do parceiro como apoio contínuo pode ser legitimada e integrada ao cuidado, favorecendo um ambiente de respeito e corresponsabilização[3,30]. Essa leitura dialoga com diretrizes brasileiras voltadas

à qualificação da assistência ao parto normal e à centralidade da decisão informada e compartilhada no cuidado[4,22].

O vínculo afetivo não é um adorno do processo, mas uma tecnologia relacional que atua na autorregulação emocional da mulher[32]. O olhar[33], o silêncio e o abraço[34] aparecem como intervenções de alta densidade simbólica, capazes de reorganizar a experiência de medo e dor em direção à segurança e à coragem percebida. Essa dimensão é coerente com o entendimento de cuidado intraparto como prática que deve ser compassiva, respeitosa e centrada na mulher, incluindo seus vínculos e preferências[35].

Preparação do acompanhante: a tensão inicial (parceiro assustado; mulher em sofrimento intenso; necessidade de silenciamento) indica que o acompanhante se beneficia de orientações prévias, simples e objetivas, sobre como apoiar sem invadir, como responder à dor, quando falar e quando apenas estar presente[36]. Isso pode ser integrado às rotinas do pré-natal e acolhimento na maternidade, alinhado às diretrizes de qualificação do cuidado[3,24,36,37].

Integração acompanhante–equipe: quando o parceiro "faz amizade com o pessoal" e negocia privacidade, emerge um cenário de cooperação. Protocolos institucionais podem favorecer essa integração (explicitar papéis, direitos e limites), reduzindo conflitos e ampliando segurança para todos.

Garantia efetiva do direito: apesar da base legal, estudos nacionais mostram variação na presença de acompanhantes e barreiras institucionais; portanto, os achados reforçam a necessidade de monitoramento e implementação consistentes da política[34,36].

Limitações do estudo

A presente pesquisa apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A amostra foi obtida por conveniência e concentrou-se em um único município, o que pode refletir especificidades culturais, socioeconômicas e institucionais locais, limitando a generalização dos achados para outros contextos. Tal delimitação geográfica e populacional pode ter influenciado as percepções e experiências relatadas pelas participantes, uma vez que fatores como estrutura hospitalar, protocolos assistenciais e cultura organizacional variam entre regiões e instituições.

Recomenda-se que futuras investigações ampliem o número de participantes, diversifiquem os contextos institucionais e incluam diferentes municípios e regiões, o que permitirá uma compreensão mais abrangente sobre o papel do parceiro na parturição e as interfaces entre suporte físico, vínculo afetivo e cuidado relacional.

Considerações finais

A presença do parceiro na parturição configura uma interface indissociável entre suporte físico e vínculo afetivo, promovendo segurança, autonomia e experiência positiva do parto. O envolvimento contínuo potencializa o cuidado centrado na mulher e a mediação com a equipe de saúde. Alinhados às recomendações internacionais e ao marco legal brasileiro, os achados reforçam o acompanhante de escolha como componente estruturante da assistência intraparto.

Agradecimento

Esse estudo foi financiado pelos próprios autores.

Referências

1. Papoutsis D, Antonakou A. Normal childbirth: The natural, non-medical, alternative approaches to the most common medical interventions in labor. Eur J Midwifery. 2023;7:36. Published 2023 Dec 1. Available from: https://www.europeanjournalofmidwifery.eu/Normal-childbirth-The-natural-non-medical-alternative-napproaches-to-the-most-common,174525,0,2.html. doi:10.18332/ejm/174525.

2. Lopes R de CS, Donelli TS, Lima CM, Piccinini CA. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. Psicol Reflex Crit [Internet]. 2005. May;18(2):247–54. Available from: https://doi.org/10.1590/S0102-79722005000200013.

3. Alencar MSF, Carrijo J de A, Tavares APC, Paula CR de, Pereira ACS, Rolindo JMR, Reis MA dos. Boas práticas obstétricas: vivência das mulheres no contato pele a pele (CPP) logo após o nascimento. REAS [Internet]. 11out.2024 [citado 18dez.2025];24(10):e18011. Available from: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/18011. https://doi.org/10.25248/reas.e18011.2024.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf. Acesso em: 10 de agosto de 2023.11.BRASIL.

5. Castro JC de, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2005Nov;13(6):960–7. Available from: https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000600007.

6. Frutuoso LD, Brüggemann OM. Conhecimento sobre a Lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. Texto contexto - enferm [Internet]. 2013Oct;22(4):909–17. Available from: https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400006.

7. Brasil. Lei n 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União [internet]. Brasilia; 2005. Available from: http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11108.htm.

8. Hoffmann L, Hilger N, Riolino E, Lenz A, Banse R. Partner support and relationship quality as potential resources for childbirth and the transition to parenthood. BMC Pregnancy Childbirth. 2023;23(1):435. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10261844/. doi: 10.1186/s12884-023-05748-6.

9. Polit, D. F. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem [recurso eletrônico] / Denise F. Polit, Cheryl Tatano Beck; revisão técnica: Karin Viegas, Priscila Schmidt Lora, Sandra Maria Cezar Leal; tradução: Maria da Graça Figueiró da Silva Toledo. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

10. Tuzzo, S. A.; Santos, I. G.; Braga, C. F. O Caráter Dialógico da Pesquisa Qualitativa. NTQR [online]. 2024, vol.19, e864. Available from: <http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2184-77702024000100004&lng=pt&nrm=iso>. Epub 15-Fev-2024. ISSN 2184-7770. https://doi.org/10.36367/ntqr.19.2023.e864.

11. Patias ND, Hohendorff JV. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. Psicol Estud [Internet]. 2019;24:e43536. Available from: https://doi.org/10.4025/psicolestud.v24i0.43536.

12. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349-357. doi:10.1093/intqhc/mzm042.

13. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico. Cidades e estados. Available from: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/anapolis/panorama.

14. Bardin, L. Análise de conteúdo. 3rd reimp. da 1st ed. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro, translator. São Paulo: Edições 70; 2016.

15. Silva Junior LA, Leão MBC. O software Atlas.ti como recurso para a análise de conteúdo: analisando a robótica no Ensino de Ciências em teses brasileiras. Ciênc educ (Bauru) [Internet]. 2018Jul;24(3):715–28. Available from: https://doi.org/10.1590/1516-731320180030011.

16. Justicia, J.M. Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS.ti 5: versión 3.03. Barcelona, Espanha: Universitat Autònoma de Barcelona; 2005. Available from: https://fcp.uncuyo.edu.ar/upload/Atlas5_manual.pdf.

17. Walter S. A, Bach T.M. Adeus papel, marca-textos, tesoura e cola: inovando o processo de análise de conteúdo por meio do Atlas.Ti. Adm Ensino Pesq., v. 16, n. 2, p. 275-308, 2015. DOI: https://doi.org/10.13058/raep.2015.v16n2.236

18. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. Available from: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf.

19. Costa LD, Girardi E, Deponti AT, Battisti GP, Possatto A. Vivências de pais no puerpério de parceiras em maternidade do Paraná. Revista de Saúde Pública do Paraná [Internet]. 28out.2025;8(4):e1039. Available from: http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/1039

20. Holanda SM, Castro RCMB, Aquin P de S, Pinheiro AKB, Lopes LG, Martins ES. Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. Texto contexto - enferm [Internet]. 2018;27(2):e3800016. Available from: https://doi.org/10.1590/0104-070720180003800016.

21. da Silva Carvalho, CF, da Silva Carvalho, I, de Brito, RS, Vitor, AF, de Carvalho Lira, ALB. O companheiro como acompanhante no processo de parturição. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, 2015; 16(4), 613-621.

22. Organização Mundial da Saúde. (1996). Maternidade Segura, Assistência ao parto normal: um guia prático, OMS/SRF/MSM.

23. Motta CCL da, Crepaldi MA. O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. Paidéia (Ribeirão Preto) [Internet]. 2005Jan;15(30):105–18. Available from: https://doi.org/10.1590/S0103-863X2005000100012.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

25. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: https://apps.who.int/.

26. Oliveira C de F, Bortoli MC de, Setti C, Luquine Júnior CD, Toma TS. Apoio contínuo na assistência ao parto para redução das cirurgias cesarianas: síntese de evidências para políticas. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2022Feb;27(2):427–39. Available from: https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.41572020

27. Leal M do C, Bittencourt S de A, Esteves-Pereira AP, Ayres BV da S, Silva LBRA de A, Thomaz EBAF, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019;35(7):e00223018. Available from: https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018.

28. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2017;7(7):CD003766. Published 2017 Jul 6. doi:10.1002/14651858.CD003766.pub6.

29. Zanardo GL de P, Uribe MC, Nadal AHRD, Habigzang LF. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. Psicol Soc [Internet]. 2017;29:e155043. Available from: https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043.

30. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN do, Mesquita NS de. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. Esc Anna Nery [Internet]. 2014Apr;18(2):262–9. Available from: https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140038.

31. Carrijo J de A, Alencar MSF, Sales FAAS, Tavares APC, Pereira ACS, Souza SO, Ferreira SK, Reis MA dos. Cuidar que aproxima: a enfermagem e o significado do contato pele a pele o pós-parto imediato. REAS [Internet]. 7ago.2025 [citado 22dez.2025];25(8):e21110. Available from: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/21110. https://doi.org/10.25248/reas.e21110.2025.

32. Casadore, M. M; Hashimoto, F. Reflexões sobre o estabelecimento de vínculos afetivos interpessoais na atualidade. Rev. Mal-Estar Subj [online]. 2012, vol.12, n.1-2, pp.177-204. Available from:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482012000100007&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1518-6148.

33. Ribeiro, C. V. Para além do inconsciente verbalizável e da memória lacunar: a psicanálise sob o olhar de Loparic. Nat. hum. [online]. 2019, vol.21, n.2, pp.220-257. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302019000200016&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1517-2430.

34. Diniz C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2005Jul;10(3):627–37. Available from: https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019.

35. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Counselling for maternal and newborn health care: a handbook for building skills. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241547628.

36. Narchi NZ, Venâncio KCMP, Ferreira FM, Vieira JR. O plano individual de parto como estratégia de ensino-aprendizagem das boas práticas de atenção obstétrica. Rev esc enferm USP [Internet]. 2019;53:e03518. Available from: https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018009103518

37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.

Autor correspondente
Meillyne Alves dos Reis
Br 153 Quadra Área Km 99. CEP: 75132-903-
Zona Rural. Anápolis, Goiás, Brasil.
meillyne.reis@ueg.br