

Acciones de apoyo realizadas a la mujer por acompañantes en maternidades públicas¹

Carolina Frescura Junges²
Odaléa Maria Brüggemann³
Roxana Knobel⁴
Roberta Costa⁵

Objetivo: identificar las acciones de apoyo realizadas a la mujer en el trabajo de parto, parto, cesárea y pos-parto. **Método:** estudio transversal, realizado en tres maternidades públicas, con muestra de 1147 acompañantes. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista y analizados por estadística descriptiva. Las acciones de apoyo fueron clasificadas en las cuatro dimensiones: emocional, física, informacional y de intermediación. **Resultados:** la mayoría de los entrevistados era el compañero/padre del bebé (76,7%). En el trabajo de parto, nacimiento y pos-parto, las acciones de apoyo emocional, como tranquilizar, alentar y elogiar, fueron realizadas por más de 80,0% de los acompañantes; el apoyo informacional por cerca de 70,0% y el de intermediación por menos de 65,0% de ellos. En el trabajo de parto, el destaque en el apoyo físico fue observado en el auxilio a la deambulación (84,4%) y en el cambio de posición (90,4%). **Conclusión:** los acompañantes participan activamente del proceso de nacimiento realizando acciones de apoyo en las cuatro dimensiones. El apoyo emocional es el más frecuente, seguido del físico e informacional, principalmente durante el trabajo de parto y parto. Los resultados contribuyen para la valorización del acompañante de la red social de la mujer en el escenario del parto y el reconocimiento de su papel como proveedor de apoyo.

Descriptores: Parto Humanizado; Apoyo Social; Enfermería Obstétrica; Trabajo de Parto; Parto; Salud de la Mujer.

¹ Artículo parte de Tesis de Doctorado "Apoyo del acompañante a la mujer en las maternidades públicas de la Gran Florianópolis, SC", presentada en la Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, proceso nº 473810/2013-1.





² PhD, Enfermera, Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

³ PhD, Profesor Asociado, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

⁵ PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Cómo citar este artículo

Junges CF, Brüggemann OM, Knobel R, Costa R. Support actions undertaken for the woman by companions in public maternity hospitals. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e2994. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2251.2994> mes día año

Introducción

En Brasil, la transición del escenario de parto, del domicilio para el hospital, aconteció en el inicio del siglo XX. Este proceso fue determinante para consolidar la visión tecnocrática del parto, con el médico como figura central, además de la amplia utilización de procedimientos e intervenciones, de eficacia no comprobada no siempre benéficos⁽¹⁻²⁾. En ese escenario, la presencia de la familia y de personas de la red social de la parturienta se volvió indeseada, pues interfería negativamente en las normas y rutinas hospitalarias. Por eso, fue inevitable el alejamiento de la familia y la eliminación del apoyo emocional a la mujer durante el trabajo de parto y parto⁽²⁾.

El descontentamiento de las mujeres en relación a la medicalización del parto, además de otras reivindicaciones, configuró, en la década de 1980, uno de los ejes de debates por el protagonismo femenino. El movimiento de mujeres en Brasil, conducido también por la corriente feminista, alcanzó visibilidad y obtuvo muchas conquistas en el área de la salud, y, después de la creación del Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer, se observó un fortalecimiento ideológico por la humanización del parto y nacimiento⁽³⁻⁴⁾. Concordando con ese movimiento, la recomendación de la Organización Mundial de Salud (OMS) señala la presencia del acompañante como una de las buenas prácticas en obstetricia, o sea, una práctica que minimiza la realización de intervenciones que no sean comprobadamente benéficas⁽⁵⁾.

En Brasil, en 2005, con la aprobación de la Ley Federal nº 11.108, las mujeres pasaron a tener el derecho legal de tener un acompañante de su elección durante el trabajo de parto, parto y pos-parto inmediato⁽⁶⁾. Este amparo legal busca proteger los derechos de la mujer, facilitando la permanencia del acompañante durante la internación obstétrica. Mientras tanto, estudios identificaron que aún es notable el desconocimiento y descumplimiento de la Ley⁽⁶⁻⁷⁾.

La Investigación Nacer en Brasil, que entrevistó 23.940 púerperas, analizó aspectos relevantes sobre la implementación del acompañante en las maternidades. La ausencia total de acompañante durante la internación obstétrica fue citada por 24,5% de las mujeres, 18,8% tuvieron acompañante continuamente y 56,7% tuvieron acompañante solamente en algún momento de la internación. Ambiente adecuado y reglas institucionales claras sobre los derechos de las mujeres fueron los factores asociados a la implementación del acompañante en las maternidades estudiadas⁽⁸⁾.

El apoyo continuo prestado por el acompañante es considerado benéfico para la mujer y el recién nacido,

ya que contribuye para la reducción de cesáreas, del tiempo de trabajo de parto, de las intervenciones durante el trabajo de parto y parto y aumenta el nivel de satisfacción de las mujeres con la experiencia⁽⁹⁾. Tales evidencias, en conjunto con otros estudios, señalan también la importancia del acogimiento del hombre en el escenario del nacimiento, contribuyendo para el apoyo a la mujer, la transición para la paternidad y la formación del vínculo precoz con el recién nacido⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Las acciones de apoyo realizadas por el acompañante de parto pueden ser clasificadas en cuatro dimensiones: emocional, cuando el proveedor de apoyo se hace presente continuamente, alienta, tranquiliza y elogia a la mujer; de confort físico, cuando le auxilia en el baño, en el cambio de posición, en la reducción del dolor, en la realización de masajes; informativa, cuando explica e informa a la gestante sobre lo que está sucediendo; y, por último, la intermediación, cuando interpreta y negocia los deseos de la mujer con los profesionales de salud⁽⁹⁾. Las acciones de apoyo emocional y físico son las más desarrolladas y, consecuentemente, recordadas por las mujeres y por los acompañantes de parto^(6,10,12-13).

La mayoría de las investigaciones enfoca la mirada de la mujer sobre los beneficios del acompañante^(12,14-16), principalmente a partir de investigaciones con abordaje cualitativo. En otra esfera, pocos trabajos dan la oportunidad al acompañante de relatar en cuáles acciones de apoyo se sintieron a gusto para realizar o aquellas en que obtuvieron orientación para proveer a la mujer^(6,13). En el escenario internacional, los estudios, en su mayoría, también no describen las dimensiones de las acciones de apoyo realizadas por el acompañante, sean ellos familiares, acompañante de parto, *midwife* o enfermera⁽⁹⁾. Por lo tanto, el presente estudio contribuye para la construcción del conocimiento acerca de esa temática en nivel nacional e internacional.

En el escenario brasileiro, las maternidades que cumplen la Ley permiten la presencia del acompañante, siendo este, en general, miembro de la familia o de la red social de la mujer⁽⁸⁾. Sin embargo, muchas veces, aún existe el entendimiento de que el acompañante es un mero espectador. Las acciones de apoyo realizadas por el acompañante deben ser conocidas para identificar y valorizar su real participación durante la permanencia en la maternidad. Además, al potencializar el acompañante como proveedor de apoyo a la mujer, podrá ser direccionada una nueva visión para esa práctica a fin de que los profesionales de salud posibiliten que él ejerza su papel.

De esa forma, el objetivo de este trabajo fue identificar las acciones de apoyo realizadas por el acompañante en el trabajo de parto, parto, cesárea y pos-parto en las maternidades públicas de la Gran Florianópolis, Santa Catarina.

Método

Estudio transversal que hace parte del macro proyecto "La participación del acompañante de elección de la mujer en el pre-natal, trabajo de parto y parto en el sistema de salud pública y suplementaria".

Los datos fueron recolectados en las tres maternidades públicas de la Gran Florianópolis/SC, que atienden mujeres solamente por el Sistema Único de Salud (SUS). Los locales de estudio fueron nominados de Maternidad A, B y C.

Las tres instituciones son maternidad-escuela y campos de pasantías para alumnos de Graduación en Enfermería y Medicina, también poseen Residencia Médica en Ginecología y Obstetricia y son pactadas a la Red Cegonha. Además, hay disponibilidad de orientaciones escritas para los acompañantes y poseen baño con duchero, pelota suiza y caballito para las parturientas. La Maternidad A permite la presencia del acompañante de elección de la mujer desde el 2000. La Maternidad B permite la presencia del acompañante de elección de la mujer desde 2002, es Hospital Amigo del Niño, Centro de Referencia Estatal en Salud de la Mujer y recibió el Premio Nacional Dr. Pinotti de Hospital Amigo de la Mujer en 2013. La Maternidad C permite la presencia del acompañante de elección de la mujer desde 1995, es Hospital Amigo del Niño, recibió el Premio Galba de Araújo en el año 2000, es referencia nacional en la Atención Humanizada al Recién-nacido de Bajo Peso: Método Canguro y posee Residencia Multi-profesional con énfasis en la Atención a la Salud de la Mujer y del Niño.

Los sujetos de investigación fueron las personas que permanecieron con las mujeres durante el trabajo de parto y parto o cesárea. El criterio de inclusión: haber permanecido junto a la mujer en la maternidad durante el trabajo de parto y parto o cesárea, independiente de la duración de cada período. El criterio de exclusión: haber sido acompañante de mujer sometida a cesárea de urgencia o electiva, ya que no hubo trabajo de parto y el acompañante no tuvo la oportunidad de realizar acciones de apoyo en ese período. También fueron excluidos los acompañantes de mujeres cuya gestación haya sido múltiple, mujeres que fueron a óbito y mujeres cuyo feto o recién-nacido fue a óbito.

Considerando que las maternidades seleccionadas para el estudio permiten la presencia de un acompañante durante el trabajo de parto y parto o cesárea, la muestra fue calculada con base en el número de nacimientos en el año de 2013 de cada una de ellas (Maternidad A - 3508, Maternidad B - 3759, Maternidad C - 1525). Para el cálculo de muestra de cada maternidad, se estimó la prevalencia presumida en 50%, intervalo de confianza

de 95% y erro máximo de 5%, resultando en 346 entrevistados en la Maternidad A; 349 acompañantes en la Maternidad B y 307 en la Maternidad C. Así, la muestra estimada para el estudio fue de 1002 acompañantes, sin embargo fueron entrevistados 1147 acompañantes debido a la disponibilidad financiera para ejecución del proyecto.

La recolección de datos fue desarrollada en el período de marzo de 2015 a mayo de 2016, siendo utilizado un cuestionario, compuesto por variables de identificación; de características sociodemográficas; informaciones sobre la experiencia; acciones de apoyo junto a la mujer en el trabajo de parto, parto o en la cesárea y en el pos-parto. El cuestionario fue revisado y, después de la finalización de la etapa de prueba, fue desarrollado un *software* para facilitar el registro de los datos. El sistema informatizado consistió en una plataforma en que los datos fueron almacenados digitalmente. Las entrevistas fueron salvas en el formato de planillas CSV, usado por el Programa *Microsoft Office Excel*®.

Después de un entrenamiento teórico y práctico, cada entrevistador recibió un *netbook* con el *software* instalado. Los entrevistadores fueron insertados y supervisados en las maternidades por la investigadora principal. Las entrevistas fueron en locales del Alojamiento Conjunto de cada maternidad, de acuerdo con la conveniencia del acompañante. La mayoría de las entrevistas sucedieron en ambiente externo al cuarto de internación, sin la influencia de la púérpera en las respuestas.

Cada entrevistador almacenaba los archivos en un *pen drive* y actualizaba el sistema de migración vía *online* para que las informaciones fuesen enviadas para la base de datos central. Para asegurar la calidad de las informaciones obtenidas y minimizar erros aleatorios o sistemáticos durante la recolección de datos fueron adoptados algunos procedimientos: uso de *checklist* con criterios de inclusión y exclusión para la selección de los sujetos de investigación; monitoreo de la recolección durante todo el trabajo de campo hasta completar la de cada institución; evaluación diaria *online* de la calidad del registro de los datos. Además de eso, luego del encerramiento de la recolección de datos, fue realizada la replicación, por medio de contacto telefónico, de algunas preguntas del cuestionario, en una muestra de 5% de los acompañantes entrevistados en cada maternidad.

Las variables analizadas en el presente estudio son: sexo (masculino, femenino), edad (≤ 19 , $20 - 59$, ≥ 60), color de la piel (blanca, negra, parda, otras), escolaridad (sin escolaridad, enseñanza primaria incompleta, primaria completa, secundaria completa, superior completa), ocupación (trabajo remunerado, trabajo

sin remuneración, desempleado, jubilado/pensionista), vínculo con la mujer (compañero/padre del bebé, madre, mujer de la red social/familiar, otros). Participación anterior y actual en el pre-natal, en la clasificación, en el trabajo de parto, en el parto, en la cesárea, en el pos-parto (sí, no). Participación en curso y/o palestra (sí, no); conocimiento sobre la ley del acompañante (sí, no). Acciones de apoyo emocional en el trabajo de parto, parto, cesárea y pos-parto: permaneció al lado, alentó, tranquilizó, elogió, hizo caricias, agarró su mano (sí, no). Acciones de apoyo físico en el trabajo de parto: deambulación, cambio de posición, uso del caballito, uso de la pelota, baño, masajes (sí, no). Acciones de apoyo físico en el parto: auxilio a cambiar de posición (sí, no). Acciones de apoyo físico en el pos-parto: movimiento, ingesta hídrica/alimentaria, orientó descanso, en la lactancia, en los cuidados con el bebé, preguntó sobre dolor o malestar (sí, no). Acciones de apoyo informacional en el trabajo de parto, cesárea y pos-parto: orientación sobre lo que estaba sucediendo (sí, no). Acciones de apoyo de información en el parto: orientación sobre lo que estaba sucediendo, orientó a hacer fuerza, respiración (sí, no). Acciones de apoyo de intermediación en el trabajo de parto, parto, cesárea y pos-parto: negoció los deseos de la mujer con los profesionales de salud (sí, no).

Para el análisis, las tres bases de datos de las maternidades fueron agrupadas en apenas una y, después, fue exportada para el Programa SPSS® 20.0, siendo entonces realizada análisis descriptivo de los datos (frecuencia absoluta y relativa), con los respectivos intervalos de confianza (IC 95%).

El proyecto de investigación fue sometido al Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos vía Plataforma Brasil - base nacional y unificada de registros de investigaciones involucrando seres humanos. La aprobación del proyecto ocurrió el día 24 de febrero de 2014, bajo el CAEE: 25589614.3.0000.0121. Todos los participantes del estudio firmaron el Término de Consentimiento Libre y Aclarado.

Resultados

De los 1147 entrevistados, la mayoría era del sexo masculino (77,0%), estaba en la edad adulta (93,9%), tenía color de piel blanca (53,8%) y poseía trabajo remunerado (86,2%). En cuanto al grado de escolaridad, el más frecuente fue la enseñanza secundaria completa (36,8%). Con relación al vínculo con la mujer que estaban acompañando, la mayoría era el compañero/padre del bebé (76,7%). En la Maternidad A se encuentra la mayor frecuencia de adolescentes (6,4%), como también de color de piel parda (45,9%).

En la Maternidad C la prevalencia de compañero/padre del bebé como acompañante fue más elevada (82,7%) y los acompañantes poseían los mayores grados de escolaridad (Tabla 1).

El porcentaje de acompañantes con participación previa en el prenatal, en la clasificación obstétrica, en el trabajo de parto en el pos-parto fue inferior a 30,0% y en el parto apenas 19,3%. Sin embargo, la participación actual en el prenatal (61,3%) y en la clasificación (89,9%) se elevó considerablemente. Solamente 8,6% relataron haber participado de curso o conferencia durante la gestación y 23,6% conocían la Ley del Acompañante. En la Maternidad C, el grupo de entrevistados que poseían experiencia anterior como acompañante fue mayor (Tabla 2).

En el trabajo de parto, fueron más frecuentes las acciones de apoyo emocional, como permanecer al lado de la mujer y tranquilizarla, seguidas de las acciones de apoyo físico: auxiliar en el cambio de posición y deambulación. En la Maternidad C algunas acciones de apoyo físico presentaron mayor frecuencia (Tabla 3).

A seguir están descritas las acciones de apoyo realizadas en el parto y en la cesárea. En el parto, el apoyo físico fue caracterizado por el auxilio a la mujer para posicionarse, siendo realizado por 65,0% de los acompañantes; el apoyo informacional, orientar sobre lo que estaba sucediendo en el parto (74,7%), orientar para hacer fuerza (85,4%) y orientar sobre la respiración (77,4%). El apoyo de intermediación fue realizado por apenas 56,7% de los acompañantes. Entre los participantes que acompañaron la cesárea, la mayor parte realizó acciones de apoyo emocional. En esta investigación los acompañantes no fueron cuestionados sobre apoyo físico en la cesárea, dado que no hay libertad para la mujer realizar cualquier actividad durante el procedimiento quirúrgico. Entre las maternidades estudiadas, la clasificada como C presenta resultados con altos porcentajes en lo que se refiere al apoyo de intermediación, pues más de la mitad de los acompañantes relató negociar los deseos de la mujer con los profesionales de salud, tanto en el parto como en la cesárea (Tabla 4).

En el pos-parto, la dimensión emocional también fue la que obtuvo mayor destaque, con frecuencias arriba de 90% en todas las acciones. Auxiliar en los cuidados con el bebé (94,8%) y orientar que la mujer descansase (93,2%) fueron las acciones de apoyo físico más realizadas por los acompañantes. Más de la mitad de ellos negoció los deseos de la mujer con los profesionales (64,4%). En la maternidad C, la prevalencia del apoyo informacional y el de intermediación fueron mayores de lo que en las maternidades A y B (Tabla 5).

Tabla 1 - Características sociodemográficas de los acompañantes en las maternidades públicas. Florianópolis, SC, Brasil, 2015 - 2016

	Maternidad A (n = 357)		Maternidad B (n = 421)		Maternidad C (n = 369)		Total (N=1147)
	n	% IC*(95%)	n	% IC*(95%)	n	% IC*(95%)	N (%)
Sexo							
Masculino	263	73,7 (69,1-78,2)	315	74,8 (70,7-79,0)	305	82,7 (78,8-86,5)	883 (77,0)
Femenino	94	26,3 (21,7-30,9)	106	25,2 (21,0-29,3)	64	17,3 (13,5-21,2)	264 (23,0)
Edad							
≤ 19	23	6,4 (3,9-9,0)	23	5,5 (3,3-7,6)	4	1,1 (0,2-2,1)	50 (4,4)
20 - 59	327	91,6 (88,7-94,5)	391	92,9 (90,4-95,3)	359	97,3 (95,6-98,9)	1077 (93,9)
≥ 60	7	2,0 (0,5-3,4)	7	1,7 (0,4-2,9)	6	1,6 (0,3-2,9)	20 (1,7)
Color de piel							
Blanca	172	48,2 (43,0-53,4)	230	54,6 (49,9-59,4)	215	58,3 (53,2-63,3)	617 (53,8)
Negra	16	4,5 (2,3-6,6)	50	11,9 (8,8-15,0)	33	8,9 (6,0-11,9)	99 (8,6)
Parda	164	45,9 (40,8-51,1)	136	32,3 (27,8-36,8)	118	32,0 (27,2-36,7)	418 (36,4)
Oriental o indígena	5	1,4 (0,2-2,6)	5	1,2 (0,1-2,2)	3	0,8 (0,0-1,7)	13 (1,1)
Escolaridad							
Sin escolaridad	4	1,1 (0,0-2,2)	7	1,7 (0,4-2,8)	6	1,6 (0,3-2,9)	17 (1,5)
Enseñanza primaria incompleta	117	32,8 (27,9-37,6)	119	28,3 (23,9-32,6)	65	17,6 (13,7-21,5)	301 (26,2)
Enseñanza primaria completa	95	26,6 (22,0-31,2)	116	27,6 (23,3-31,8)	89	24,1 (19,7-28,5)	300 (26,2)
Enseñanza secundaria completa	117	32,8 (27,9-37,6)	150	35,6 (31,0-40,2)	155	42,0 (37,0-47,0)	422 (36,8)
Enseñanza superior completa	24	6,7 (4,1-9,3)	29	6,9 (4,5-9,3)	54	14,6 (11,0-18,2)	107 (9,3)
Ocupación							
Trabajo remunerado	299	83,7 (79,9-87,6)	363	86,2 (82,9-89,5)	327	88,6 (85,4-91,9)	989 (86,2)
Trabajo sin remuneración	29	8,1 (5,3-11,0)	40	9,5 (6,7-12,3)	21	5,7 (3,3-8,1)	90 (7,8)
Desempleado	19	5,3 (3,0-7,6)	10	2,4 (0,9-3,8)	16	4,3 (2,2-6,4)	45 (3,9)
Jubilado/Pensionista	10	2,8 (1,1-4,5)	8	1,9 (0,5-3,2)	5	1,4 (0,2-2,5)	23 (2,0)
Vínculo con la mujer							
Compañero/padre del bebé	262	73,4 (68,8-78,0)	313	74,3 (70,2-78,5)	305	82,7 (78,8-86,5)	880 (76,7)
Madre	51	14,3 (10,6-17,9)	53	12,6 (9,4-15,8)	42	11,4 (8,1-14,6)	146 (12,7)
Mujer de la red familiar/social	43	12,0 (8,7-15,4)	53	12,6 (9,4-15,8)	22	6,0 (3,5-8,4)	118 (10,3)
Otros (padre, amigo, hijo)	1	0,3 (0,0-0,8)	2	0,5 (0,0-1,0)	0	0	3 (0,3)

* IC: Intervalo de Confianza

Tabla 2 - Participación en el prenatal, clasificación, trabajo de parto, parto, cesárea y pos-parto. Florianópolis, SC, Brasil, 2015-2016

Participación	Maternidad A (n = 357)		Maternidad B (n = 421)		Maternidad C (n = 369)		Total N=1147
	n	% (IC*95%)	n	% (IC*95%)	N	% (IC*95%)	N (%)
Anterior							
En el prenatal	69	19,3 (15,2-23,4)	100	23,8 (19,7-27,8)	116	31,4 (26,7-36,2)	285 (24,8)
En la clasificación	80	22,4 (18,1-26,7)	89	21,1 (17,2-25,0)	109	29,5 (24,9-34,2)	278 (24,2)

(continúa...)

Tabla 2 - *continuación*

Participación	Maternidad A (n = 357)		Maternidad B (n = 421)		Maternidad C (n = 369)		Total N=1147
	n	% (IC*95%)	n	% (IC*95%)	N	% (IC*95%)	N (%)
En el trabajo de parto	83	23,2 (18,9-27,6)	82	19,5 (15,7-23,3)	106	28,7 (24,1-33,3)	271 (23,6)
En el parto	67	18,8 (14,7-22,8)	74	17,6 (13,9-21,2)	80	21,7 (17,5-25,9)	221 (19,3)
En la cesárea	49	13,7 (10,1-17,3)	35	8,3 (5,7-11,0)	40	10,8 (7,7-14,0)	124 (10,8)
En el pos-parto	88	24,6 (20,2-29,1)	102	24,2 (20,1-28,3)	122	33,1 (28,2-37,9)	312 (27,2)
Actual							
En el prenatal	221	61,9 (56,8-67,0)	248	58,9 (54,2-63,6)	268	72,6 (68,1-77,2)	737 (61,3)
En la clasificación	319	89,4 (86,1-92,6)	360	85,5 (82,1-88,9)	341	92,4 (89,7-95,1)	1020 (89,9)
En el trabajo de parto	357	100,0	421	100,0	369	100,0	1147 (100,0)
En el parto	272	76,2 (71,8-80,6)	321	76,2 (72,2-80,3)	268	72,6 (68,1-77,2)	861 (75,1)
En la cesárea	85	23,8 (19,4-28,2)	100	23,8 (19,7-27,8)	101	27,4 (22,8-31,9)	286 (24,9)
En el pos-parto	315	88,2 (84,9-91,6)	289	68,6 (64,2-73,1)	342	92,7 (90,0-95,3)	946 (82,5)
Participación en curso o conferencia	25	7,0 (4,3-9,7)	22	5,2 (3,1-7,4)	52	14,1 (10,5-17,6)	99 (8,6)
Conocimiento sobre la Ley	64	17,9 (13,9-21,9)	128	30,4 (26,0-34,8)	79	21,4 (17,2-25,6)	271 (23,6)

* IC: Intervalo de Confianza

Tabla 3 - Acciones de apoyo en el trabajo de parto en maternidades públicas. Florianópolis, SC, Brasil, 2015-2016

Acciones de apoyo	Maternidad A (n = 357)		Maternidad B (n = 421)		Maternidad C (n = 369)		Total N = 1147
	n	%(IC*95%)	n	%(IC*95%)	n	%(IC*95%)	N (%)
Emocional							
Permaneció al lado	356	99,7 (99,2-100,3)	414	98,3 (97,1-99,6)	367	99,5 (98,7-100,2)	1137 (99,1)
Alentó	346	96,9 (95,1-98,7)	413	98,1 (96,8-99,4)	364	98,6 (97,5-99,8)	1123 (97,9)
Tranquilizó	348	97,5 (95,8-99,1)	413	98,1 (96,8-99,4)	365	98,9 (97,8-100,0)	1126 (98,2)
Elogió	306	85,7 (82,1-89,3)	379	90,0 (87,1-92,9)	339	91,9 (89,1-94,7)	1024 (89,3)
Hizo caricias	333	93,3 (90,7-95,9)	393	93,3 (91,0-95,7)	358	97,0 (95,3-98,7)	1084 (94,5)
Agarró la mano	341	95,5 (93,4-97,7)	412	97,9 (96,5-99,2)	354	95,9 (93,9-97,9)	1107 (96,5)
Físico							
Deambulación	285	79,8 (75,7-84,0)	360	85,5 (82,1-88,9)	323	87,5 (84,1-90,9)	968 (84,4)
Cambio de posición	315	88,2 (84,9-91,6)	378	89,8 (86,9-92,7)	344	93,2 (90,6-95,8)	1037 (90,4)
Uso del caballito	103	28,8 (24,1-33,6)	39	9,3 (6,5-12,0)	120	32,5 (27,7-37,3)	262 (22,8)
Uso de la pelota	78	21,8 (17,6-26,1)	190	45,1 (40,4-49,9)	243	65,8 (61,0-70,7)	511 (44,6)
Baño	184	51,5 (46,3-56,7)	333	79,1 (75,2-83,0)	291	78,9 (74,7-83,0)	808 (70,4)
Masaje	199	55,7 (50,6-60,9)	274	65,1 (60,5-69,6)	272	73,7 (69,2-78,2)	745 (65,0)
Informativa							
Orientó sobre lo que estaba sucediendo	264	74,0 (69,4-78,5)	342	81,2 (77,5-85,0)	301	81,6 (77,6-85,5)	907 (79,1)
Intermediación							
Negoció los deseos de la mujer	177	49,6 (44,4-54,8)	233	55,3 (50,6-60,1)	288	78,0 (73,8-82,3)	698 (60,9)

* IC: Intervalo de Confianza

Tabla 4 - Acciones de apoyo en el parto y cesárea en Maternidades Públicas de la Gran Florianópolis. Florianópolis, SC, Brasil (2015-2016)

Acciones de apoyo	Maternidad A (n = 357)		Maternidad B (n = 421)		Maternidad C (n = 369)		Total (1147)
	n	%(IC*95%)	n	%(IC*95%)	n	%(IC*95%)	N (%)
Parto (n=861)							
Emocional							
Permaneció al lado	256	94,1 (91,3-96,9)	312	97,2 (95,4-99,0)	266	99,2 (98,2-100,3)	834 (98,9)
Alentó	258	94,9 (92,2-97,5)	306	95,3 (93,0-97,6)	262	97,8 (96,0-99,5)	826 (95,9)
Tranquilizó	260	95,6 (93,1-98,0)	307	95,6 (93,4-97,9)	259	96,6 (94,5-98,8)	826 (95,9)
Elogió	219	80,5 (75,8-85,2)	278	86,6 (82,9-90,3)	249	92,9 (89,8-96,0)	746 (86,6)
Hizo caricias	231	84,9 (80,7-89,2)	286	89,1 (85,7-92,5)	254	94,8 (92,1-97,4)	771 (89,6)
Agarró la mano	239	87,9 (84,0-91,8)	290	90,3 (87,1-93,6)	247	92,2 (88,9-95,4)	776 (90,1)
Físico							
Auxilió a cambiar de posición	180	66,2 (60,5-71,8)	191	59,5 (54,1-64,9)	189	70,5 (65,0-76,0)	560 (65,0)
Informacional							
Orientó sobre lo que estaba sucediendo	189	69,5(64,0-75,0)	242	75,4 (70,4-80,1)	212	79,1 (74,2-84,0)	643 (74,7)
Orientó a hacer fuerza	226	83,1 (78,6-87,6)	276	86,0 (82,2-89,8)	233	86,9 (82,9-91,0)	735 (85,4)
Orientó la respiración	203	74,6 (69,4-79,8)	247	77,0 (72,3-81,6)	216	80,6 (75,8-85,3)	666 (77,4)
Intermediación							
Negoció los deseos de la mujer	131	48,2 (42,2-54,1)	158	49,2 (43,7-54,7)	199	74,2 (69,0-79,5)	488 (56,7)
Cesárea (n = 286)							
Emocional							
Permaneció al lado	81	95,3 (90,7-99,8)	98	98,0 (95,2-100,8)	100	99,0 (97,1-100,9)	279 (97,6)
Alentó	72	84,7 (77,0-92,4)	93	93,0 (88,0-98,0)	96	95,0 (90,8-99,3)	261 (91,3)
Tranquilizó	78	91,8 (85,9-97,7)	95	95,0 (90,7-99,3)	98	97,0 (93,7-100,4)	271 (94,8)
Elogió	64	75,3 (66,0-84,6)	80	80,0 (72,1-87,9)	87	86,1 (79,3-92,9)	231 (80,8)
Hizo caricias	69	81,2 (72,8-89,6)	88	88,0 (81,6-94,4)	90	89,1 (83,0-95,2)	247 (86,4)
Agarró la mano	58	68,2 (58,2-78,2)	90	90,0 (84,1-95,9)	79	78,2 (70,1-86,3)	227 (79,4)
Informacional							
Orientó sobre lo que estaba sucediendo	57	67,1 (57,0-77,1)	71	71,0 (62,0-80,0)	75	74,3 (65,6-82,9)	203 (71,0)
Intermediación							
Negoció los deseos de la mujer	29	34,1 (23,9-44,3)	35	35,0 (25,6-44,4)	57	56,4 (46,7-66,2)	121 (42,3)

* IC: Intervalo de Confianza.

Tabla 5 - Acciones de apoyo en el pos-parto en maternidades públicas. Florianópolis, SC, Brasil, 2015-2016

Acciones de Apoyo	Maternidad A (n = 315)		Maternidad B (n = 289)		Maternidad C (n = 342)		Total N= 946
	n	%(IC*95%)	n	%(IC*95%)	n	%(IC*95%)	N (%)
Emocional							
Permaneció al lado	313	99,4 (98,5-100,2)	282	97,6 (95,8-99,4)	340	99,4 (98,6-100,2)	935 (98,8)
Alentó	285	90,5 (87,2-93,7)	277	95,8 (93,5-98,1)	330	96,5 (94,5-98,4)	892 (94,3)
Tranquilizó	298	94,6 (92,1-97,1)	279	96,5 (94,4-98,6)	336	98,2 (96,8-99,6)	913 (96,5)
Elogió	268	85,1 (81,1-89,0)	275	95,2 (92,7-97,6)	317	92,7 (89,9-95,5)	860 (90,9)

(continúa...)

Tabla 5 - *continuación*

Acciones de Apoyo	Maternidad A (n = 315)		Maternidad B (n = 289)		Maternidad C (n = 342)		Total N= 946
	n	%(IC*95%)	n	%(IC*95%)	n	%(IC*95%)	N (%)
Hizo caricias	281	89,2 (85,8-92,6)	264	91,4 (88,1-94,6)	330	96,5 (94,5-98,4)	875 (92,5)
Físico							
Movimientos	260	82,5 (78,3-86,7)	237	82,0 (77,6-86,4)	303	88,6 (85,2-92,0)	800 (84,6)
Ingesta hídrica/ alimentaria	244	77,5 (72,8-82,1)	242	83,7 (79,5-88,0)	267	78,1 (73,7-82,5)	753 (79,6)
Orientó descanso	290	92,1 (89,1-95,1)	265	91,7 (88,5-94,9)	327	95,6 (93,4-97,8)	882 (93,2)
Auxilió en la lactancia	250	79,4 (74,9-83,8)	245	84,8 (80,6-88,9)	292	85,4 (81,6-89,1)	787 (83,2)
Auxilió en los cuidados con el bebé	287	91,1 (88,0-94,3)	282	97,6 (95,8-99,4)	328	95,9 (93,8-98,0)	897 (94,8)
Preguntó sobre dolor o malestar	262	83,2 (79,0-87,3)	264	91,3 (88,1-94,6)	320	93,6 (91,0-96,2)	846 (89,4)
Informacional							
Orientó sobre lo que estaba sucediendo	195	61,9 (56,5-67,3)	214	74,0 (69,0-79,1)	277	81,0 (76,8-85,2)	686 (72,5)
Intermediación							
Negoció los deseos de la mujer	164	52,1 (46,5-57,6)	168	58,1 (52,4-63,8)	277	81,0 (76,8-85,2)	609 (64,4)

* IC: Intervalo de Confianza

Discusión

Los resultados demuestran que, aunque los acompañantes en su mayoría no tuviesen experiencia anterior en apoyar a la mujer durante el trabajo de parto, parto, cesárea y pos-parto y, prácticamente, ninguna preparación durante el prenatal, ellos asumieron el papel de proveedor de apoyo en las cuatro dimensiones analizadas (emocional, física, informacional e intermediación).

La participación del compañero/padre del bebé en el papel de acompañante es semejante a otros estudios con abordaje cuantitativa^(8,14-15) y cualitativa^(6,10,16). La presencia paterna en este escenario simboliza, aunque parcialmente, la reaproximación de la familia al nacimiento. Estudios internacionales revelan que en otros países la presencia paterna durante el nacimiento es aceptada⁽¹⁷⁾, independiente de estar relacionada o no al proveer apoyo, siendo que, frecuentemente, la acompañante en el parto y *midwife* asumen esa tarea⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Otro aspecto relevante es el conocimiento de la Ley del Acompañante, pues ésta información puede contribuir para la mujer y el acompañante exigir sus derechos desde el primer momento de la internación obstétrica. A pesar de este documento⁽⁶⁾ haber sido publicado en 2005, la divulgación limitada impide que sea utilizado como un instrumento para garantizar la presencia del acompañante⁽⁶⁻⁷⁾.

El hecho de que pocos acompañantes hayan participado de curso y/o conferencia durante la gestación, así como no tener experiencia previa, puede tener influencia sobre el desconocimiento de sus derechos. Sin embargo, esos aspectos no fueron impeditivos o restrictivos para que el acompañante

desempeñase su papel de proveedor de apoyo a la mujer, especialmente en lo que se refiere a la dimensión emocional. Proveer apoyo emocional también fue mencionado en otros estudios como actividades que tranquilizan, alientan, transmiten seguridad y amenizan el dolor de la mujer^(6,10,17,20-22).

Con relación a las acciones de apoyo físico en el trabajo de parto, las actividades de auxilio al cambio de posición, a la deambulación y al baño fueron mencionadas por la mayoría de los acompañantes, o sea, buena parte de los entrevistados ayudó en el libre movimiento de la mujer. Esa práctica debe ser incentivada durante el trabajo de parto, pues permite que la mujer asuma la posición que considera más confortable, caso no haya contraindicación clínica⁽²³⁾.

Las acciones de apoyo realizadas por el acompañante son consideradas métodos no farmacológicos de alivio del dolor y de la ansiedad, pudiendo, aún, reducir el tiempo del trabajo de parto⁽²³⁻²⁵⁾. De esa forma, se puede inferir que el acompañante está contribuyendo para la implementación de buenas prácticas en la atención al parto, ya que él incentiva y ayuda a parturienta a realizar las actividades recomendadas.

Durante la cesárea fue notable la reducción de la frecuencia de acciones de apoyo realizadas, principalmente de orden informacional y de intermediación. Ese hallazgo puede ser decurrente del miedo y aprehensión ante la necesidad del procedimiento quirúrgico⁽²²⁾ o por la restricción de actuación que el propio ambiente impone a la persona leiga. Así, el acompañante asume un papel más pasivo, por la falta de preparación y orientación, además de la inseguridad para dar apoyo. En algunas maternidades, el acompañante está impedido de participar del

nacimiento durante el procedimiento quirúrgico debido a la prohibición por parte de los profesionales ⁽²²⁾. Los miembros del equipo de salud recalcan que allí no es lugar para el acompañante, justificando que él no está familiarizado con las rutinas médicas y no sabe cómo comportarse ⁽²⁶⁾.

La frecuente participación de los acompañantes en el pos-parto es semejante a otra investigación realizada en Santa Catarina, Brasil ⁽²⁷⁾, sin embargo ésta no es la realidad en otras maternidades brasileñas⁽⁸⁾. De esa forma, esas mujeres son privadas del apoyo de una persona de su red social, que puede auxiliar en los cuidados con el bebé y en los movimientos. Pocos trabajos enfocan este período, siendo mencionadas, principalmente, acciones de apoyo emocional, como hacer caricias, quedar al lado y calmar ^(6,13). En la dimensión de apoyo físico, las púerperas y los acompañantes relatan, principalmente, la importancia del auxilio en los cuidados con el bebé y en la lactancia ^(6,13,15).

Se destaca que, al participar activamente de la lactancia, el acompañante estará apoyando e incentivando a la mujer, haciéndola sentirse más segura para establecer ese proceso. Participar de los cuidados con el bebé en la maternidad es condicente con el paradigma actual, el cual sitúa al hombre como un elemento fundamental para el nacimiento humanizado, favoreciendo la mayor implicación como cuidador.

Las acciones de apoyo informacional fueron identificadas en todos los períodos evaluados, principalmente durante el trabajo de parto y el parto. El acompañante puede informar a la mujer durante esos períodos sobre la respiración, sobre el momento de hacer la fuerza para la expulsión, acerca de la marcha del trabajo de parto y lo que está sucediendo en el parto ^(6,13,28). Además, él puede reforzar las informaciones de los profesionales sobre los procedimientos que serán realizados ⁽¹³⁾. Esa actuación del acompañante contribuye para que la mujer se sienta alentada y, consecuentemente, tenga una experiencia más tranquila y agradable.

El apoyo de intermediación fue el menos mencionado por los acompañantes, demostrando la dificultad en negociar con los profesionales de salud los deseos de la mujer. Eso puede estar asociado al propio temor de las mujeres y acompañantes de sufrir algún tipo de represión por los profesionales de salud, al expresar deseos y necesidades que pueden interferir en las rutinas hospitalarias. Aunque la presencia del acompañante sea señalada como una práctica que contribuye para la reducción de la violencia institucional, una vez que él puede actuar como un defensor de la mujer y protegerla contra los malos tratos ^(9,29).

La Investigación Nacional Nacer en Brasil indicó que las mujeres que entraron en trabajo de parto en servicios públicos tenían más chance de sufrir violencia física, verbal y psicológica en el momento del parto, en comparación con aquellas que no entraron en trabajo de parto y en las maternidades del servicio suplementario.

Sin embargo, un factor de protección para amenizar este riesgo, independiente de haber vivido el trabajo de parto o no y de la modalidad del servicio, es la presencia del acompañante ⁽²⁹⁾. Siendo así, queda claro que acoger a la mujer y al acompañante hace posible el diálogo abierto con el equipo de salud, concordando con el principio de autonomía de la mujer y de la humanización para el parto.

Uno de los destaques de este trabajo es la diferencia entre las prevalencias de las acciones de apoyo físico y de intermediación en las tres maternidades, aunque todas hagan parte del SUS. Ese análisis confirma la necesidad de evaluar el contexto histórico, político y estructural de cada maternidad para comprender cuales enfoques son valorizados en la atención obstétrica – tal evaluación no fue objeto del presente estudio. Con todo, es importante resaltar que las acciones de apoyo emocional e informacional presentaron frecuencias muy próximas en las tres maternidades, tal aspecto representa positiva expresividad.

El apoyo de intermediación obtuvo mayor prevalencia en la Maternidad C, que presenta características relevantes para la práctica de la humanización en el parto, como el Premio Galba de Araújo y el derecho al acompañante desde su implantación ⁽¹³⁾. Es aconsejable que el diálogo entre profesionales de salud y el acompañante suceda desde la gestación, informando sobre las características de la maternidad en que acompañará el parto. Es posible, de ese modo, conocer cuáles son las expectativas de la mujer y del acompañante sobre el parto y cuáles son las negociaciones que podrán ser realizadas para atender las demandas de la parturienta ⁽³⁰⁾.

El panorama presentado sitúa al acompañante como importante proveedor de apoyo a la mujer durante todos los períodos de la internación obstétrica, principalmente en la dimensión emocional, promoviendo momentos de bienestar cuando permanece al lado, tranquiliza y alienta. En lo que se refiere al confort físico, fue evidenciado el estímulo para el uso de tecnologías no invasivas durante el trabajo de parto, conforme es preconizado en los principios de la humanización y en las estrategias no farmacológicas de alivio del dolor. Las acciones de apoyo informacional se mostraron más acentuadas en el momento del parto, lo que puede estar relacionado a las orientaciones de los profesionales direccionadas a la mujer para auxiliar en el nacimiento y, así, reforzadas por los acompañantes. Negociar los deseos de la mujer con los profesionales de salud, en todos los períodos evaluados, presentó baja frecuencia de realización, cuando fue comparada a las demás dimensiones de apoyo – tal constatación puede estar vinculada a la relación ni siempre acogedora que se establece entre los profesionales de salud y el acompañante.

Se considera como limitaciones del estudio el hecho de no haber sido evaluado el contenido de los cursos y conferencias frecuentados por los acompañantes, ni

tampoco los deseos de la mujer que el acompañante negoció con los profesionales de salud. A pesar de eso, el estudio es innovador y presenta datos acerca de las acciones de apoyo realizadas por el acompañante en las dimensiones emocional, física, informacional y de intermediación, que aún no habían sido ampliamente evaluadas.

Conclusión

El análisis cuantitativo de las acciones de apoyo en el trabajo de parto, parto, cesárea y pos-parto permitió identificar al acompañante como un aliado activo en todo el proceso y no apenas un espectador.

Las acciones de apoyo en la dimensión emocional presentaron porcentajes más elevados, demostrando que el acompañante se siente más a gusto y capaz de realizarlas. En la dimensión física, durante el trabajo de parto y parto, se destacan el cambio de posición y el auxilio para la posición de parto. En el pos-parto todas las acciones de apoyo físico fueron realizadas por la mayor parte de los entrevistados, en especial en los cuidados con el bebé. Las acciones de apoyo informacional fueron realizadas más frecuentemente durante el trabajo de parto y parto. El apoyo de intermediación presentó menor porcentaje durante la cesárea.

Considerando la realidad brasilera, los hallazgos de este estudio contribuyen para fortalecer la importancia de la participación del acompañante de la red social de la mujer, una vez que ese proveedor de apoyo no acarrea costos para la parturienta. Así, es necesario orientar al acompañante en el prenatal acerca de la evolución del trabajo de parto y parto para incrementar las acciones de apoyo en la dimensión informacional.

El apoyo de intermediación está estrechamente asociado a la comunicación entre la mujer y el acompañante y, posteriormente, a la negociación de éste con los profesionales de salud. Esa interacción puede ser armoniosa, en la medida que los profesionales de salud perciban la importancia de promover la autonomía de la mujer durante el trabajo de parto y parto, integrando al acompañante en la identificación y solicitud de sus demandas.

Las acciones de apoyo realizadas en el pos-parto demuestran que la presencia del acompañante es de gran importancia, pues contribuye directamente para el confort de la mujer. Al asumir la función de proveedor de apoyo en este período, el acompañante se aproxima a la mujer y al recién nacido, facilitando la transición parental, especialmente, cuando es el compañero y padre del bebé.

Referências

1. Riscado LC, Jannotti CB, Barbosa RHS. Deciding the route of delivery in Brazil: themes and trends in public health production. *Texto Contexto Enferm.* 2016; 25(1):262-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600003570014>
2. Santos JO, Tambellini CA, Oliveira SMJ. A reflexion on the emotional support during childbirth. *REME - Rev Min Enferm.* 2011; 15(3):453-8. doi: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622011000300020>
3. Mamede FV, Prudêncio PS. Programs and public policy contributions for the improvement of maternal health. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015; 36(spe):262-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56644>
4. Matos GC, Escobal AP, Soares MC, Harter J, Gonzales RIC. The historic route of childbirth care policies in Brazil: an integrative review. *J Nurs UFPE on line.* 2013; 7(spe):870-8. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5205/reuol.3934-31164-1-SM.0703esp201307>
5. Baldisserotto ML, Theme MM Filha, Gama SGN. Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assesment of the care received: the "birth in Brazil" nacional research study, 2011/2012. *Reprod Health.* 2016; 13(3):124-9. doi: <http://www.dx.doi.org/10.1186/s12978-016-0233-x>
6. Frutuoso LD, Bruggemann OM. Parturient women's companions' knowledge of Law 11.108/2005 and their experience with the woman in the obstetric center. *Texto Contexto Enferm.* 2013; 22(4):909-17. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400006>
7. Carvalho VF, Kerber NPC, Azambuja EP, Bueno FF, Silveira RS, Barros AM. Rights of parturients: adolescents' knowledge and that of their companion. *Saúde Soc.* 2014; 23(2):572-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000200017>
8. Diniz CSG, D'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck C, et al. Implementation of the presence of companions during hospital admission for childbirth: data from the Birth in Brazil national survey. *Cad Saúde Pública.* 2014; 30(spe):140-53. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00127013>
9. Bohren MA, Hofmeyer GJ, Sakala C, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Aug 15;7:CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub6
10. Souza SRRK, Gualda DMRA. The experience of women and their coaches with childbirth in a public maternity hospital. *Texto Contexto Enferm.* 2016; 25(1). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600004080014>
11. Ribeiro JP, Gomes GC, Silva BT, Cardoso LS, Silva PA, Strefling ISS. Participation of the father during pregnancy, childbirth and puerperium: reflecting on the interfaces of nursing assistance. *Espaço Saúde.* (Online). 2015; 16(3):73-82. doi: <http://dx.doi.org/10.22421/1517-7130.2015v16n3p73>
12. Lacerda ACB, Silva RAR, Davim RMB. Women's perception about the companion during labor. *J Nurs UFPE on line.* 2014; 8(8):2710-5. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5205/reuol.6081-52328-1-SM.0808201418>

13. Alves MC, Bruggemann OM, Bampi RR, Godinho VG. The support of the companion chosen by the pregnant mother in a maternity school. *J Res: Fundam Care Online*. 2013; 5(3):153-64. doi: <http://www.dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n3p153>
14. Gonçalves AC, Rocha CM, Gouveia HG, Armellini CJ, Moretto VL, Moraes BA. The companion in the obstetrics centre of a university hospital in southern Brazil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015; 36(spe):159-67. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57289>
15. Vaz TH, Pivatto LF. Evolution of the presence of the companion during birth and the puerperium in a public maternity unit. *Cogitare Enferm*. [Internet]. 2014 Jul/Sep [cited Sep 25, 2016];19(3):545-52. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483647662016>
16. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita NS. The contribution of the companion to the humanization of delivery and birth: perceptions of puerperal women. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(2):262-9. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140038>
17. Najafi TF, Roudsari RL, Ebrahimipour H. The best encouraging persons in labor: A content analysis of Iranian mothers' experiences of labor support. *PLoS ONE*. 2017; 12(7):e0179702. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179702>
18. Safarzadeh A, Beigi M, Salehian T, Khojasteh F, Burayri T, Dokht Navabirigi S, et al. Effect of doula support on labour pain and outcomes in primiparous women in Zahedan, southeastern Iran: a randomized controlled trial. *J Pain Relief*. 2012; 1(5). doi: <http://dx.doi.org/10.4172/2167-0846.1000112>
19. Isbir GG, Serçeku P. The Effects of intrapartum supportive care on fear of delivery and labor outcomes: a single-blind randomized controlled trial. *J Nurs Res*. 2017; 25(2):112-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/jnr.000000000000129>
20. Jardim DMB, Penna CLM. Fathers attending labour and their understanding of the birth process. *REME - Rev Min Enferm*. 2012; 16(3):373-81. doi: <http://www.dx.doi.org/S1415-2762201200030000>
21. Sosa G, Crozier K, Robinson J. What is meant by one-to-one support in labour: analysing the concept. *Midwifery*. 2012; 28(4):391-7. doi: <http://www.dx.doi.org/10.1016/j.midw.2011.07.001>
22. Francisco BS, Souza BS, Vitória ML, Zampieri MFM, Gregório VRP. Father's perceptions about their experiences as birth companions. *REME - Rev Min Enferm*. 2015; 19(3):567-75. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150044>
23. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour (Cochrane Review). *Maternal positions and mobility during first stage labour (Cochrane Review)*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Oct 9;(10):CD003934. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>
24. Yuenyong S, O'Brien B, Jirapeet V. Effects of labor support from close female relative on labor and maternal satisfaction in a Thai setting. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2012; 41(1):45-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01311.x>
25. Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Quintana SM. Swiss ball to relieve pain of primiparous in active labor. *Rev Dor*. 2014; 15(4):253-5. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20140054>
26. Bruggemann OM, Ebele RR, Ebsen ES, Batista BD. In vaginal and cesarean deliveries, a companion is not allowed in the room: discourses of nurses and technical directors. *Rev Gaúcha Enferm*. (Online). 2015; 36(spe):152-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.53019>
27. Bruggemann OM, Oliveira ME, Martins HEL, Alves AC. The integration of the birth companion in the public health services in Santa Catarina, Brazil. *Esc Anna Nery*. 2013; 17(3):432-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000300005>
28. Melo RM, Angelo BHB, Pontes CM, Brito RS. Men's knowledge of labor and childbirth. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(3):454-9. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150060>
29. D'Orsi E, Bruggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, et al. Social inequalities and women's satisfaction with childbirth care in Brazil: a national hospital-based survey. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(spe):154-68. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00087813>
30. Basso JF, Monticelli M. Expectations of pregnant women and partners concerning their participation in humanized births. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18(3):390-397. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300014>

Recibido: 22.06.2017

Aceptado: 26.11.2017

Correspondencia:

Carolina Frescura Junges
 Universidade Federal de Santa Catarina
 Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago
 R. Maria Flora Pausewang, 1000, Campus Universitário Trindade
 CEP: 88036-800, Florianópolis, SC, Brasil
 E-mail: c.f.junges@ufsc.br

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.