



Cuidados centrados na mulher com gravidez de risco durante o parto na perspectiva da enfermagem

Women-centered care in high-risk pregnancy during childbirth from a nursing perspective

Cuidado centrado en la mujer con embarazo de riesgo durante el parto en la perspectiva de la enfermería

Adriana Lenho de Figueiredo Pereira¹

Priscila da Silva Almeida Pessanha^{1,2}

Juliana Amaral Prata^{1,3}

Marianne de Lira Maia¹

Evelyn Lima Teixeira do Nascimento¹

Juliana de Souza Fernandes¹

1. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

2. Universidade Federal Fluminense, Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói, RJ, Brasil.

3. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Departamento Materno-Infantil, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Autor correspondente:

Adriana Lenho de Figueiredo Pereira.
E-mail: adriana.lenho@uerj.br

Recebido em 25/09/2024.
Aprovado em 13/12/2024.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2024-0087pt>

RESUMO

Objetivo: descrever as perspectivas da equipe de Enfermagem sobre os cuidados centrados na mulher durante o parto e a sua prática no atendimento às gestantes de risco. **Método:** estudo descritivo, com abordagem qualitativa. As participantes foram nove enfermeiras e 11 técnicas de Enfermagem que trabalhavam em uma maternidade terciária do Rio de Janeiro. Os dados foram obtidos por meio da entrevista semiestruturada, no período de julho a agosto de 2020. A Análise de Conteúdo qualitativa e os Conceitos da Prática dos Cuidados Centrados na Pessoa foram aplicados. **Resultados:** as categorias: “Concepções sobre os cuidados centrados na mulher no parto” e “Percepções sobre a prática dos cuidados centrados na mulher com a gestação de risco” emergiram da análise. As concepções contemplaram os valores de respeito às mulheres e aos seus direitos de protagonismo e centralidade nos cuidados. As percepções abarcaram as barreiras profissionais, organizacionais e socioculturais, assim como as condições do ambiente facilitadoras para a prática. **Conclusão e implicações para a prática:** as participantes denotaram uma aderência aos valores humanísticos dos cuidados centrados na mulher, mas perceberam os desafios profissionais e as barreiras organizacionais que exigem as mudanças de culturas e de processos para viabilizar estes cuidados para a mulher com a gestação de risco.

Palavras-chave: Gravidez; Humanização da Assistência; Parto; Qualidade da Assistência à Saúde; Teoria de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to describe the nursing team's perspectives on women-centered care during childbirth and its attendance practice of high-risk pregnant women. **Method:** a descriptive study with a qualitative approach. The participants were nine nurses and eleven nursing technicians who worked in a tertiary maternity hospital in Rio de Janeiro. Data were obtained through semi-structured interviews from July to August 2020. Qualitative content analysis and Concepts of Person-Centered Care Practice were applied. **Results:** the following categories “Conceptions of women-centered care during childbirth” and “Perceptions about the practice of women-centered care during high-risk pregnancies” emerged from the analysis. The concepts included values of respect for women and their rights to protagonism and centrality in care. The perceptions covered professional, organizational, and sociocultural barriers, as well as environmental conditions that facilitate practice. **Conclusion and implications for practice:** the participants showed adherence to the humanistic values of woman-centered care, but perceived professional challenges and organizational barriers that require changes in cultures and processes to enable this care viable for women with high-risk pregnancies.

Keywords: Pregnancy; Humanization of Assistance; Parturition; Quality of Health Care; Nursing Theory.

RESUMEN

Objetivo: describir las perspectivas del equipo de enfermería sobre la atención centrada en la mujer durante el parto y su práctica en la atención a embarazadas de alto riesgo. **Método:** estudio descriptivo, con enfoque cualitativo. Las participantes fueron nueve enfermeras y once técnicas de enfermería que trabajaban en una maternidad de tercer nivel en Río de Janeiro. Los datos se obtuvieron a través de entrevistas semiestructuradas, de julio a agosto de 2020. Se aplicaron el análisis de contenido cualitativo y Conceptos de la Práctica de los Cuidados Centrados en la Persona. **Resultados:** las categorías “Concepciones sobre la atención centrada en la mujer durante el parto” y “Percepciones sobre la práctica de la atención centrada en la mujer con embarazos de alto riesgo” surgieron del análisis. Los conceptos incluyeron valores de respeto a las mujeres y sus derechos al protagonismo y centralidad en los cuidados. Las percepciones abarcaron barreras profesionales, organizativas y socioculturales, así como condiciones ambientales que facilitasen la práctica. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** las participantes demostraron adherencia a los valores humanistas de la atención centrada en la mujer, pero percibieron desafíos profesionales y barreras organizacionales que requieren cambios en culturas y procesos para posibilitar esta atención para las mujeres con embarazos de alto riesgo.

Palabras clave: Embarazo; Humanización de la Atención; Parto; Calidad de la Atención de Salud; Teoría de Enfermería.

INTRODUÇÃO

O Cuidado Centrado na Pessoa (CCP) é considerado um componente importante da qualidade e segurança da assistência à saúde, inclusive nas áreas da saúde sexual e reprodutiva, e de saúde materna e atenção obstétrica.¹⁻³

Os CCP abarcam os cuidados responsivos e respeitosos às preferências, aos valores e às necessidades das mulheres. Em saúde materna, os CCP tendem a ser designados de Cuidados Centrados na Mulher (CCM), pois refletem os valores do cuidado humanístico que possibilitam à mulher: exercer as escolhas e o controle durante a gravidez e o parto; tomar as decisões informadas e compartilhadas; e a usufruir de relacionamentos alicerçados na confiança e no respeito recíprocos, com o objetivo de promover o seu protagonismo e o reconhecimento de sua capacidade pessoal.^{2,4}

Os CCP têm longa associação com a Enfermagem em razão de os valores humanísticos da profissão orientarem a tratar as pessoas como indivíduos, a respeitar os seus direitos e a desenvolver os relacionamentos terapêuticos, inclusive nos cuidados de Enfermagem Obstétrica.^{3,5} Com essa perspectiva, McCormack e McCance elaboraram a Teoria da Enfermagem Centrada na Pessoa, na qual a centralidade da pessoa é uma abordagem da prática que se fundamenta nos valores do direito individual, da autodeterminação e da compreensão.^{5,6} Posteriormente, com os avanços da pesquisa e o desenvolvimento de uma estrutura transdisciplinar, desenvolveram a Estrutura Teórica das Práticas Centradas na Pessoa.⁷

A despeito desses pressupostos, a abordagem dos CCP é ainda um movimento incipiente, apesar de possuir *interfaces* com os princípios da humanização da assistência.⁸ Em 142 países investigados, os padrões profissionais de Enfermagem e Obstetrícia demonstraram que a utilização e a aplicação do conceito de CCM são limitadas ou ausentes.⁹

Além disso, as experiências negativas na gestação e no parto permanecem reportadas, como o desrespeito e o abuso, em razão de as grávidas se sentirem fragilizadas frente ao poder organizacional e profissional.^{10,11} As gestantes de risco lidam com a imprevisibilidade da ocorrência das complicações gestacionais e se defrontam com as restrições na sua capacidade de controle, de protagonismo, e de oportunidades de negociações e concessões no ambiente hospitalar.^{11,12} Em consequência, o papel e as decisões clínicas dos profissionais prevalecem nos cuidados.¹²

Portanto, a adoção dos CCM requer as mudanças no modo como os cuidados obstétricos são prestados às mulheres, inclusive para aquelas com uma gravidez de risco. Em face disso, a seguinte questão de pesquisa foi elaborada: quais são as perspectivas dos profissionais de Enfermagem sobre os cuidados centrados na mulher durante o parto e a sua prática no atendimento a gestantes de risco?

Nesse sentido, o estudo objetivou descrever as perspectivas da equipe de Enfermagem sobre os cuidados centrados na mulher durante o parto e a sua prática no atendimento às gestantes de risco.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Esta abordagem reconhece a natureza subjetiva do problema e busca a compreensão de um fenômeno de interesse ou as perspectivas e as visões de mundo das pessoas envolvidas.¹³

A equipe de pesquisa foi composta de enfermeiras, com duas delas no cargo de docente de Enfermagem em uma universidade pública brasileira. Essa equipe foi capacitada em métodos e técnicas de pesquisa, com o objetivo de desenvolver as pesquisas em saúde da mulher e Enfermagem obstétrica.

O estudo foi realizado em uma maternidade terciária e pública, localizada no município do Rio de Janeiro, a capital do estado do Rio de Janeiro. Essa maternidade é uma referência para a assistência das gestantes de risco e dispõe de protocolos clínicos para a qualidade e a segurança dos cuidados durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto. A equipe de Enfermagem da maternidade é composta de profissionais que exercem a função de enfermeiro e de técnico de Enfermagem. Essa unidade de saúde foi selecionada por ser um serviço de referência para o ensino, a assistência e a pesquisa em Enfermagem na área da atenção obstétrica.

As participantes do estudo foram 20 profissionais de Enfermagem do sexo feminino que atuavam no Centro Obstétrico (CO) e no Alojamento Conjunto (AC) da maternidade, isto é: 11 técnicas de Enfermagem e nove enfermeiras. Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: profissionais de Enfermagem que prestam os cuidados diretos às mulheres no período do trabalho de parto, parto e nas primeiras horas de pós-parto. Os excluídos foram os profissionais com menos de dois anos de vínculo empregatício na instituição, os que estavam em processo de qualificação por programa de residência e aqueles com afastamento laboral durante a coleta de dados. Os excluídos totalizaram 12 profissionais de Enfermagem e cinco enfermeiras residentes.

Os profissionais de Enfermagem foram informados sobre o estudo e os seus propósitos previamente à coleta de dados, tanto presencialmente, quanto por meio de aplicativo de mensagem. A coleta de dados ocorreu no período de julho a agosto de 2020.

Cabe esclarecer que o início da coleta de dados considerou as incertezas causadas pelo início da pandemia da COVID-19, em março de 2020. O seguimento do estudo ocorreu com a divulgação dos protocolos ministeriais e a capacitação profissional sobre as medidas de proteção e de controle da COVID-19, tanto dos profissionais da maternidade (inclusive os da Enfermagem), quanto da enfermeira responsável pela obtenção dos dados, a segunda autora desta pesquisa. Destaca-se que esta enfermeira e as demais autoras deste estudo não possuíam qualquer vínculo laboral com o campo de pesquisa.

A amostra estudada foi intencional e a seleção das participantes começou pelas profissionais mais experientes das equipes de Enfermagem do CO e AC. Estes setores da maternidade foram selecionados pela presunção de que eles atendiam melhor aos propósitos da pesquisa, onde a Enfermagem assiste a mulher durante o trabalho de parto, no parto e nas primeiras horas do pós-parto.

O roteiro de entrevista foi semiestruturado e composto de perguntas fechadas sobre o perfil socioprofissional das participantes e de duas questões abertas, as quais: “Explique-me a sua visão sobre os CCM durante a assistência ao parto” e, “Fale-me sobre a implementação dos CCM com a gestação de risco”. Este roteiro também abarcou os tópicos a serem contemplados nas respostas das entrevistadas, como as características da centralização na pessoa da mulher, os aspectos do ambiente assistencial, as relações interpessoais, os comportamentos e as posturas das mulheres e dos profissionais durante os cuidados.

O instrumento foi previamente testado com duas profissionais de Enfermagem atuantes em setores da maternidade diferenciados do CO e do AC. Essas entrevistas foram descartadas, apesar de não indicarem a necessidade de alterações.

Após manifestar o aceite ao convite e externar a sua preferência de dia e horário para a entrevista individual, a profissional convidada foi conduzida para uma sala de reuniões pela pesquisadora responsável pela coleta de dados, próxima ao AC, com a intenção de assegurar a sua privacidade e as condições ambientais seguras frente à COVID-19. Não houve recusa à concessão da entrevista. As entrevistas foram gravadas em áudio por meio de gravador digital, com a duração de 27 a 58 minutos. Nenhuma entrevista precisou ser repetida.

Aplicou-se a abordagem da Análise de Conteúdo Qualitativa, que objetiva desenvolver o conhecimento e compreender o fenômeno em estudo, e possibilita a descrição e a interpretação dos dados textuais, por meio de um processo sistemático de codificação.¹³

As entrevistas foram transcritas e revisadas por duas pesquisadoras, com vistas a garantir a acurácia da transcrição dos áudios, e cada entrevista foi considerada uma unidade de análise. Após a leitura e a releitura dos textos transcritos, os segmentos textuais de interesse foram selecionados e as Unidades de Significado (US) identificadas. Em seguida, as US condensadas foram abstraídas e rotuladas com um código. Cada segmento e o seu código correspondente foram transportados para o *software Microsoft Office Excel®* 2019, quando os vários códigos foram comparados com base em diferenças e semelhanças, e classificados segundo os conteúdos manifestos e latentes, internamente homogêneos e externamente heterogêneos, sobre o objeto de pesquisa.¹³ Essa fase foi validada por duas pesquisadoras e culminou na construção das categorias do estudo.

O critério de finalização das entrevistas foi a saturação temática indutiva, quando não se identificou os novos códigos durante a fase exploratória da análise.¹⁴ Portanto, a saturação da amostra foi determinada no curso do processo de análise dos depoimentos transcritos, e ocorreu na vigésima entrevista.

Por fim, realizou-se a interpretação dos dados com base nos três primeiros domínios da estrutura teórica da Prática dos CCP, a saber: 1) os pré-requisitos relativos aos atributos do enfermeiro; 2) os processos centrados nas pessoas durante os cuidados, e 3) o ambiente de cuidados, como o contexto no qual eles são prestados. Estes três domínios viabilizaram alcançar os resultados esperados, os quais criaram uma cultura terapêutica

capaz de proporcionar à pessoa o envolvimento no processo assistencial, a satisfação com os cuidados e o bem-estar.⁵⁻⁷

Este estudo respeitou as legislações de ética em pesquisa com os seres humanos, por meio parecer da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), sob o nº 3.241.465. As participantes assinaram o termo de consentimento informado. Adotou-se a codificação segundo as abreviaturas da categoria profissional e a ordem numérica das entrevistas, a exemplo de ENF.E1, TE.E2, assim por diante.

RESULTADOS

As 20 profissionais de Enfermagem entrevistadas eram as servidoras públicas, com o vínculo estatutário e a idade entre 34 e 62 anos (média de 41,9 anos). As participantes exerciam a Enfermagem de sete a 34 anos (média de 17,2 anos) e atuavam na maternidade terciária de três a 20 anos (média de 9,4 anos). Das nove enfermeiras entrevistadas, cinco atuavam no CO e quatro no AC, com suas especializações nas áreas de: Obstetrícia (6), Neonatal (2), Centro Cirúrgico (1) e Terapia Intensiva (1). Quanto às técnicas de Enfermagem (11), seis profissionais trabalhavam no CO e cinco no AC.

A seguir, as duas categorias do estudo são apresentadas, as quais: “Concepções sobre os cuidados centrados na mulher no parto” e “Percepções sobre a prática dos cuidados centrados na mulher com a gestação de risco”.

Concepções sobre os cuidados centrados na mulher no parto

As participantes ressaltaram que as competências profissionais são os pré-requisitos indispensáveis para prestar os CCM. Para elas, a aquisição de conhecimentos e de habilidades técnicas ocorre por meio da iniciativa do profissional de estudar continuamente, realizar cursos de qualificação, participar dos treinamentos oferecidos pela instituição e aprender por meio da troca de experiências com os demais profissionais da equipe, em busca do movimento entre a teoria e a prática, conjuntamente, que alicerça o cuidado.

As competências especializadas e as experiências profissionais em cenários diversificados da assistência em saúde da mulher e obstetrícia também foram reconhecidas como relevantes para a qualidade da prática do cuidado e a troca de conhecimentos entre os profissionais, como explica o depoimento:

É muito importante ter conhecimento. A maioria das enfermeiras, aqui, é enfermeira obstetra e trabalham na saúde da mulher de maneira geral. (TE. E4)

As habilidades interpessoais emergiram nos depoimentos e foram representadas pela comunicação adequada entre a Enfermagem e a mulher, tanto de modo verbal, quanto não verbal. Esta comunicação foi necessária para que a interação entre ambas contemplasse a formação de vínculo e da relação de confiança, inclusive para a mulher sentir-se segura com os cuidados. As interações não verbais foram exemplificadas pelo olhar, pelo toque e pela escuta no cuidar.

Se eu não ouvir e olhar para ela [mulher] de forma diferenciada, eu não vou entender o que posso oferecer de melhor. [...] Por isso, há duas coisas importantes para mim: o olhar e a escuta. O toque, às vezes, também diz muita coisa. (ENF. E13)

Além dessas competências e habilidades, emergiram os significados concernentes ao profissional apresentar a aptidão, o comprometimento e os valores humanísticos para o exercício dos cuidados centrados na pessoa, como manifestam as falas a seguir:

Em qualquer profissão ou qualquer lugar que você esteja, tem que ter interesse na pessoa, porque se não tiver interesse, nada flui. Pode até ter conhecimento, mas tem que ir de coração aberto para proporcionar o seu melhor para aquela pessoa. (ENF. E2)

Em convergência com esses valores, as participantes consideraram que o respeito à singularidade da mulher e à sua posição central na assistência ao parto são os atributos que caracterizam os CCM e tornam-se indispensáveis para a personalização da assistência.

Para disponibilizar um cuidado centrado na mulher, é fundamental o respeito. Você tem que entender os processos por ela vividos e que ela é a personagem principal do que está vivenciando. (ENF. E19)

Nessa perspectiva, revelaram-se os significados referentes à mulher ser acolhida, cuidada de forma empática e respeitada quanto aos seus valores e às suas crenças (que inclui as religiosas); ao direito de gozar de suas preferências sobre os cuidados, inclusive por meio da valorização do plano de parto pela equipe; ao de exercer as suas escolhas e de participar das decisões da assistência com vistas à promoção do bem-estar e do seu vínculo com o bebê e a família.

Eu acho que é muito importante ela [mulher] participar das decisões da assistência. Aqui, o plano de parto é oferecido pela enfermeira do pré-natal para todas as pacientes. (ENF. E9)

É olhar essa mulher sem julgamentos e de uma forma global [...]. Promover o bem-estar dela de forma geral, estimulando o vínculo dela com o bebê e a interação com a família, e estar disponível para ajudar sempre que necessário. (TE. E1)

Percepções sobre a prática dos cuidados centrados na mulher com a gestação de risco

Percebeu-se que a prática dos CCM é permeada de barreiras para a sua implementação na assistência das gestantes de risco. Entre as barreiras percebidas, as participantes destacaram as

falhas da assistência pré-natal em oferecer as informações sobre a gravidez, o trabalho de parto e o parto para as mulheres e os seus acompanhantes, inclusive sobre os cuidados que poderão ser realizados durante a internação para o parto. Para as profissionais, a desinformação reforça o medo do parto e prejudica o processo assistencial no momento de sua realização.

Quando a mulher não é trabalhada durante o pré-natal, assim como o acompanhante, isso influencia muito e o trabalho de parto fica mais complicado. (ENF. E17)

As experiências negativas em gestações e em partos anteriores foram elencadas pelas profissionais de Enfermagem como as barreiras, tanto aquelas vivenciadas pelas gestantes de risco, quanto as vivenciadas pelas demais mulheres do seu meio social. Para estas profissionais, as experiências negativas corroboram o medo e a insegurança da mulher no parto e dificultam a relação entre ela e o profissional.

O que dificulta mais é a insegurança da mulher, pois não conseguimos interagir bem quando ela se sente insegura com ela mesma ou por ter medo do que já ouviu falar ou das experiências [negativas] anteriores. (TE. E10)

As dificuldades na relação interpessoal entre a mulher e o profissional emergiram nos depoimentos como barreira da prática dos CCM, em virtude de elas restringirem a comunicação, a interação e a formação do vínculo profissional-mulher. Estas dificuldades envolveram as posturas de desconfiança da mulher, devido ao medo e à insegurança, assim como as posturas profissionais de desinteresse ou desrespeito à pessoa, que incluem as abordagens inadequadas e influenciadas pelas questões de gênero, raça e classe. Os entraves culturais e linguísticos também corroboram essa barreira, quando as parturientes são imigrantes e não fluentes na língua portuguesa.

Os olhares são diferentes, alguns olham e dizem: “Mais um? Só sabe fazer [filho]”. Há pacientes que querem fazer a ligadura [tubária], mas não é autorizado pela falta do planejamento familiar. E, às vezes, aquela que verbaliza e pede é humilde e não tem condições [financeiras] (ENF. E9)

O que atrapalha um pouco é a nacionalidade diferente [...]. É a dificuldade de se comunicar. Às vezes há chinesas e a cultura delas é diferente também. (TE. E6)

Eu vejo que há discriminação de cor, mas de outros profissionais. A mulher é tratada diferente sim, eles a olham superficialmente e falam de uma forma pejorativa. (ENF. E16)

As dificuldades do trabalho em equipe também foram indicadas como a barreira da prática dos CCM, por envolver as restrições na comunicação, coesão e integração dos membros

da equipe multiprofissional. As entrevistadas mencionaram que os profissionais do Serviço Social e da Psicologia deveriam estar mais integrados ao cotidiano da assistência. Quanto aos médicos, elas consideraram que esses detêm maior poder de decisão sobre as condutas clínicas e há aqueles que desvalorizam os cuidados voltados à humanização do trabalho de parto e do parto.

Na ótica das participantes, a centralidade na conduta médica limita a participação tanto das gestantes de risco, quanto da Enfermagem nas decisões clínicas, embora elas reconheçam que essas mulheres detêm um menor poder de negociação do que os profissionais de Enfermagem, por estarem no papel de pacientes e de estarem fragilizadas pela condição de risco obstétrico.

O que dificulta é que alguns profissionais não escutam os outros e não existe troca entre as equipes. (ENF. E2)

A ausência de padrões e diretrizes sobre os CCM foi apontada como uma barreira, pois os protocolos institucionais não tratam especificamente sobre como a equipe multiprofissional deve oportunizar a centralidade da mulher com a gestação de risco no processo assistencial, isto prejudica a convergência das perspectivas profissionais sobre o papel da mulher no planejamento e na condução dos cuidados.

Eu acho o que dificulta a implementação do cuidado centrado é a falta de um documento bem amarrado, com atribuições e condutas bem estabelecidas da equipe multiprofissional. (ENF. E18)

As inadequações do sistema de saúde foram elencadas como as barreiras da prática dos CCM. Na ótica das participantes, a rede pública de saúde possui as condições limitadas para suprir as demandas de acesso e atendimento à população obstétrica, especialmente para o parto. Para elas, essas inadequações causam o excedente de internações nas maternidades, a peregrinação das mulheres para o parto, a deficiência de recursos materiais, a sobrecarga de trabalho das equipes e os prejuízos na qualidade e segurança da assistência, o que causa as condições desfavoráveis para oferecer os CCM.

No hospital público, às vezes, não tem material e vaga. Elas falam que o maior medo delas era chegar na hora do parto e não ter vaga. (ENF. E12)

Como todas as mulheres atendidas aqui têm algum tipo de comorbidade, fica complicado desenvolver o cuidado centrado com um número reduzido de profissionais. (TE. E1)

Apesar da maior proeminência das barreiras para a prática dos CCM nos depoimentos, as participantes mencionaram também as condições facilitadoras para a prática desse modelo de cuidado para as gestantes de risco, como o serviço

apresentar uma estrutura física adequada para oferecer um ambiente privativo no parto, além de contar com os profissionais capacitados e dispor de padronização da assistência voltados à humanização do parto, que incentivam o diálogo e a integração da equipe multiprofissional.

Quanto às gestantes de risco, as profissionais consideraram que a realização de um pré-natal qualificado e com a oferta de informações sobre o ciclo gravídico-puerperal favorece a aquisição de conhecimentos pelas gestantes de risco e contribui para que elas se sintam mais seguras, confiantes e participativas durante a internação para o parto.

Acho que facilita é um pré-natal que aborde todos esses assuntos antes [parto e pós-parto]. Então, ela já chega com mais segurança e conhecimento prévio. (TE. E6).

A estrutura física colabora com o desenvolvimento dos cuidados centrados. No pré-parto, o quarto é individualizado, há banheiro privativo, elas podem ficar com acompanhante, ouvir um rádio e assistir televisão se quiserem. (TE. E20)

DISCUSSÃO

A estrutura conceitual da prática dos CCP estabelece os atributos ou os pré-requisitos profissionais da Enfermagem, como a competência, as habilidades interpessoais, o comprometimento com o trabalho e as características pessoais. A competência é demonstrada por meio de conhecimento, habilidades e atitudes que possibilitam ao profissional negociar as opções de cuidados e fornecer efetivamente os cuidados holísticos, estes que contemplam o espectro global das necessidades de saúde da pessoa.^{5,6}

O conhecimento e a competência técnica em Obstetrícia foram concebidos como essenciais no desenvolvimento de uma relação de confiança entre a mulher e a Enfermagem. A competência profissional abarca o conhecimento, as habilidades e as atitudes necessárias para a tomada de decisões e a priorização do cuidado, o que abarca o raciocínio clínico de alto nível, a consciência ética, o altruísmo e a capacidade de realizar os aspectos técnicos da prática altamente qualificados.^{3,9,15}

As habilidades interpessoais desenvolvidas refletem a capacidade de se comunicar em vários níveis. A comunicação efetiva demonstra que o profissional é capaz de compartilhar as informações complexas e sensíveis durante a prática do cuidado. A comunicação com as pessoas no cuidado e com as suas famílias está implícita no modelo de cuidado sensível e humanístico,⁵⁻⁷ e é destacada pelas entrevistadas. No entanto, a comunicação interpessoal dentro das próprias equipes de saúde não emergiu nos depoimentos como um dos atributos dos CCP, apesar de ela ser essencial para que a informação seja compartilhada e os relacionamentos e a prestação dos cuidados favorecidos.¹⁵

A intencionalidade e o compromisso estão ligados aos valores pessoais de prestar o melhor cuidado com o paciente, como

destacaram as profissionais entrevistadas. Os comportamentos proativos dos profissionais são indispensáveis para a qualidade da assistência. Estes comportamentos estão relacionados com os aspectos laborais e organizacionais complementares, como o alinhamento com os impulsos e os valores dos profissionais de saúde, a autonomia, a supervisão de apoio, a valorização, o respeito e as boas relações interpessoais, as oportunidades de crescimento e o desejo do profissional.¹⁶

Além destes pré-requisitos, a teoria da prática dos CCP destaca a importância da autoconsciência e da reflexão do profissional sobre a ação, pois isto contribui para a sua capacidade de desenvolver as relações terapêuticas, a maior compreensão de si e dos outros, as habilidades de comunicação e a gestão qualificada das situações de cuidados, assim como o reconhecimento de que ele e as pessoas estão imersas em contextos históricos, estruturais e organizacionais da saúde. Assim, o profissional pode demonstrar a clareza de crenças e valores e ter a compreensão de como esses podem impactar nas decisões tomadas pelo paciente sobre os cuidados prestados.⁵⁻⁷ Estes pré-requisitos não emergiram dos depoimentos das participantes deste estudo.

Dessa forma, ao considerar-se os processos centrados nas pessoas, as profissionais de Enfermagem destacaram o respeito à pessoa da mulher e a centralidade da mesma na assistência ao parto. A centralização na pessoa é ancorada nos valores de respeito às singularidades humanas e do direito à autodeterminação no desenvolvimento da prática, o que reflete os ideais do cuidado humanístico.⁵⁻⁷ Os CCP visam garantir à mulher exercer as escolhas e de controle durante a sua experiência de gravidez e parto, e de promover o seu empoderamento. Além disso, estes cuidados levam em consideração a tomada de decisão, compartilhada com a paciente, que é baseada em evidências e possibilita as melhorias nos resultados de saúde tanto para a mulher, quanto para o recém-nascido.⁴

Nessa perspectiva, verificou-se que a centralidade da pessoa está presente nos pressupostos dos CCM e nos princípios da humanização da assistência, como a autonomia e o protagonismo dos sujeitos.^{2,3} Nessa direção, ao desenvolver práticas humanizadas, a Enfermagem busca garantir um cuidado singular, personalizado e integral por meio da relação de confiança e formação do vínculo com a mulher, com uma escuta sensível e atenta às suas demandas e necessidades de saúde; a valorização das evidências científicas e da fisiologia da gravidez e parto; a utilização de tecnologias alinhadas à humanização e o uso das estratégias de educação em saúde para potencializar a qualidade, a segurança e a satisfação com os cuidados.^{3,4}

A educação em saúde e a comunicação eficaz são necessárias para assegurar a participação da mulher nas decisões clínicas.² A tomada de decisão compartilhada é um dos constructos da prática dos CCP, e contempla a valorização da parceria, da sensibilidade cultural, do autocuidado e do direito à autodeterminação das mulheres, assim como a promoção da aquisição de informações precisas e atualizadas sobre a gestação e o parto às pacientes, a fim de capacitá-las a fazer as escolhas

informadas. Para respeito dos desejos da mulher e da tomada de decisão compartilhada, a valorização e a inclusão dos planos de parto no processo assistencial devem ser asseguradas,^{3,12} como reconheceram as profissionais entrevistadas.

Além dessas concepções sobre os CCP, as barreiras da prática desses cuidados à mulher com a gestação de risco emergiram nas percepções das participantes. Elas consideraram que há deficiências na oferta de informações e orientações à mulher sobre a gestação e o parto durante a assistência pré-natal, o que causam nela o sentimento de insegurança e prejudicam o processo de cuidado no trabalho de parto e no parto.

A abordagem de risco começa durante o período pré-natal e a confiança na capacidade da mulher é desafiada no momento em que a gestante fica envolvida com um número crescente de práticas de triagem obstétrica e é rotulada como “grávida com o alto risco”, e isto favorece a abordagem assistencial que estimula a intervenção médica. Desse modo, os profissionais tendem a passar mais tempo na concentração das condições clínicas que afetam a gravidez, do que na oferta de apoio e orientações necessários para aumentar a confiança da mulher em sua capacidade de gestar e parir.^{9,10,16} Essa tendência ocasiona a perda de oportunidades para a sensibilização e a redução do vínculo cliente-profissional, e do empoderamento das gestantes, o que restringe o acesso delas às informações e oportunidades de cuidados respeitosos e satisfatórios.^{2,4}

As mulheres que vivenciaram um nascimento insatisfatório de seu bebê e uma perda de controle sobre o seu próprio corpo podem considerar o parto como um evento assustador. O medo do parto também pode ser “herdado” devido às histórias contadas por suas mães ou pessoas conhecidas. A abordagem assistencial desrespeitosa, despersonalizada, com o enfoque em intervenções desnecessárias e no cumprimento de tarefas estão relacionadas ao medo do parto.¹⁶ Portanto, os CCM, a continuidade da assistência, o trabalho em equipe e a comunicação devem ser considerados como componentes-chave de uma cultura assistencial segura e respeitosa.¹⁰

O estereótipo de gênero por parte dos profissionais influencia negativamente no cuidado das mulheres e dos seus acompanhantes. A falta de autonomia durante o parto e os atos violentos a que elas são submetidas durante a gestação, o parto e o puerpério também exibem o viés cultural das desigualdades sociais, especialmente concernentes ao gênero, à classe e à raça, uma vez que as mulheres pobres e pretas são as mais expostas às iniquidades de saúde.^{12,16} Essas desigualdades também são refletidas no ambiente do trabalho, o que interfere diretamente nas relações sociais dos trabalhadores de saúde e envolvem as discriminações entre as categorias profissionais, a exemplo daquelas proferidas por alguns médicos em relação às enfermeiras obstétricas. Tais comportamentos causam as restrições na tomada de decisão autônoma e na valorização social das profissões femininas, e geram as tensões no âmbito do trabalho em equipe.^{16,17}

As barreiras percebidas pelos enfermeiros americanos sobre o oferecimento dos CCP, em contextos assistenciais complexos

foram reportadas, tais como: a falta de experiência profissional na área especializada e de capacitações em serviço; os problemas de comunicação devido à língua nativa dos pacientes ser diferente da utilizada pelos enfermeiros; a falta de recursos materiais para executar os cuidados e fornecer a educação em saúde aos pacientes; as desigualdades sociais dos pacientes e as questões de gênero influentes na assistência; os conflitos entre os enfermeiros e os médicos; o medo e as incertezas da clientela; a exaustão física e mental dos profissionais e os comportamentos negativos dos pacientes e das famílias, como as expectativas irrealistas e as atitudes desrespeitosas.¹⁸ Algumas dessas barreiras também foram mencionadas pelas participantes que cuidam das gestantes de risco.

Com respeito aos constructos referentes ao ambiente de cuidado, uma parte deles emergiu nas percepções das participantes deste estudo como as condições influentes na prática dos CCM com a gestação de risco tanto entre as barreiras, quanto entre as condições facilitadoras percebidas. As perspectivas das profissionais destacaram as relações interpessoais e estão ancoradas nos pressupostos e nos princípios da humanização da assistência, como era esperado, em virtude das políticas e dos programas de saúde brasileiras recomendarem tal abordagem assistencial.

A teoria da prática dos CCP abarca as dimensões profissionais, relacionais, processuais e organizacionais do cuidado, e apresenta os subsídios claros e objetivos para a mudança da prática pela clareza dos conceitos e das características envolvidos nessas dimensões.⁵⁻⁷ Em razão disso, pondera-se que a mudança assistencial pretendida pode ser dificultada se as relações dos profissionais com as mulheres, ou as relações interprofissionais, ou as relações entre as equipes obtiverem uma maior ênfase nas ações, com o objetivo de que as dimensões processuais e organizacionais fiquem em segundo plano.¹⁶

As características do ambiente de cuidado têm o potencial para melhorar ou dificultar os CCP, em razão de abarcar as camadas de culturas que interagem entre si, o que cria uma trama complexa de perspectivas, relações e comportamentos. Essas características e camadas culturais não devem ser ignoradas quando se pensa na centralização na pessoa, pois, não abordar estas questões pode denotar uma visão ingênua sobre a sua complexidade e prejudicar o processo de trabalho em saúde e de cuidado com a clientela.^{5,6}

Os CCP têm mais probabilidade de serem efetivamente implementados quando a gerência da instituição estiver engajada e comprometida em oferecer à clientela esses cuidados, além da consciência, dos líderes, de seu papel central no desenvolvimento do trabalho e no alcance das metas de mudança.^{5,6} Os resultados aqui descritos apontam que as profissionais de Enfermagem reconhecem os valores humanísticos da prática dos CCM e fizeram a referência a alguns de seus constructos. Entretanto, tais enfermeiras enfrentam os desafios profissionais e organizacionais do serviço e do sistema de saúde, e necessitam do suporte de suas lideranças para efetivar esta prática de cuidados com as gestantes de risco.

As gestantes de risco demandam as orientações sobre os cuidados na gestação, no parto e no puerpério, assim como sobre a condição de risco, as implicações para a saúde e as modalidades

de tratamento indicadas. As mulheres almejam, também, uma melhoria efetiva nos sistemas e recursos de saúde que viabilizem: o acolhimento, a privacidade, a continuidade dos cuidados, a consistência da informação e a segurança da assistência. Tal colocação enfatiza a importância da infraestrutura das instalações para os cuidados obstétricos respeitosos.^{2,10,17} No entanto, estes cuidados e os estímulos ao parto normal são desafiados pela influência da abordagem medicalizada e intervencionista da assistência obstétrica no Brasil e em todo o mundo.¹⁷

Portanto, os serviços de saúde devem projetar as estratégias organizacionais para garantir: o respeito dos direitos das mulheres; as melhorias da formação e da educação permanente dos profissionais; a adoção de melhores práticas de cuidado; a disponibilização de recursos necessários; e o compromisso dos gestores com a oferta de cuidados respeitosos, centrados e satisfatórios às mulheres, para o alcance de melhores resultados de saúde.¹⁸

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

As profissionais de Enfermagem concebem os cuidados centrados na mulher durante o parto como aqueles que contemplam os valores de respeito às mulheres e aos seus direitos de autodeterminação, protagonismo e centralidade nos cuidados. Esses cuidados devem ser prestados pelos profissionais competentes e com as habilidades técnicas e humanísticas. As concepções dessas profissionais foram incompletas em relação aos constructos da estrutura teórica da prática dos cuidados centrados na pessoa.

As barreiras percebidas para a prática dos cuidados centrados na mulher com a gravidez de risco, foram as falhas da assistência pré-natal, as dificuldades na relação interpessoal e no trabalho em equipe, a ausência de padrões e diretrizes sobre este modelo de cuidado e as inadequações do sistema de saúde. Elas reconheceram que as condições facilitadoras são: as mulheres serem bem informadas pelo pré-natal; a existência de um ambiente privativo para o parto; e a presença de profissionais adequadamente qualificados. As barreiras identificadas podem subsidiar o planejamento, a implementação e a avaliação de estratégias de mudança de culturas e processos para oferecer este modelo de cuidado na atenção obstétrica.

Os resultados sugerem que as profissionais de Enfermagem têm aderência aos valores humanísticos dos cuidados centrados na mulher, mas elas se deparam com os desafios profissionais e organizacionais do serviço e do sistema de saúde. Portanto, a Enfermagem deve ampliar a autoconsciência do seu papel nos cuidados, fortalecer o trabalho em equipe, ampliar as suas habilidades colaborativas para lidar com os conflitos interprofissionais e contribuir para a melhora dos cuidados às gestantes de risco, inclusive por meio da aplicação dos referenciais teóricos que balizam a sua própria profissão.

Por fim, os limites deste estudo devem ser ponderados na apreciação dos seus resultados, uma vez que as profissionais entrevistadas foram trabalhadoras estatutárias de uma maternidade terciária, o que pode ter limitado a captura da amplitude das perspectivas

da equipe de Enfermagem pelos diferentes contextos do trabalho e da assistência às gestantes de risco. Apesar desses limites, acredita-se no seu potencial de transferibilidade para a realidade social semelhante, especialmente para os profissionais que atuam em maternidade de referência localizada em metrópole urbana.

AGRADECIMENTOS

À Universidade do Estado do Rio de Janeiro pelo apoio acadêmico e às profissionais de enfermagem que participaram do estudo.

FINANCIAMENTO

Nenhum financiamento foi recebido para a realização deste estudo.

DISPONIBILIDADE DOS DADOS

Os dados estão disponíveis sob demanda aos autores.

CONFLITO DE INTERESSE

Sem conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Afulani PA, Nakphong MK, Sudhinaraset M. Person-centred sexual and reproductive health: a call for standardized measurement. *Health Expect.* 2023;26(4):1384-90. <http://doi.org/10.1111/hex.13781>. PMID:37232021.
2. Miyauchi A, Shishido E, Horiuchi S. Women's experiences and perceptions of women-centered care and respectful care during facility-based childbirth: a meta-synthesis. *Jpn J Nurs Sci.* 2022;19(3):e12475. <http://doi.org/10.1111/jjns.12475>. PMID:35133066.
3. Jacob TNO, Rodrigues DP, Alves VH, Ferreira ES, Carneiro MS, Penna LHG et al. A percepção do cuidado centrado na mulher por enfermeiras obstétricas num centro de parto normal. *Esc Anna Nery.* 2022;26:e20210105. <http://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0105>.
4. Brady S, Lee N, Gibbons K, Bogossian F. Woman-centred care: an integrative review of the empirical literature. *Int J Nurs Stud.* 2019;94:107-19. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.001>. PMID:30951986.
5. McCormack BG, McCance T. Person-centred practice in nursing and health care: theory and practice. Chichester: John Wiley & Sons; 2010. <http://doi.org/10.1002/9781444390506>.
6. McCormack B, Roberts T, Meyer J, Morgan D, Boscart V. Appreciating the 'person' in long-term care. *Int J Older People Nurs.* 2012;7(4):284-94. <http://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00342.x>. PMID:23164250.
7. McCormack BG, Slater PF, Gilmour F, Edgar D, Gschwenter S, McFadden S et al. The development and structural validity testing of the Person-centred Practice Inventory-Care (PCPI-C). *PLoS One.* 2024;19(5):e0303158. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0303158>. PMID:38728354.
8. Rodrigues JLSQ, Portela MC, Malik AM. Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. *Cien Saude Colet.* 2019;24(11):4263-75. <http://doi.org/10.1590/1413-812320182411.04182018>.
9. Crepinsek M, Bell R, Graham I, Coutts R. Towards a conceptualisation of woman centred care - A global review of professional standards. *Women Birth.* 2022;35(1):31-7. <http://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.02.005>. PMID:33676876.
10. Naughton SL, Harvey C, Baldwin A. Providing woman-centred care in complex pregnancy situations. *Midwifery.* 2021;102:103060. <http://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103060>. PMID:34175656.
11. Younas A, Inayat S, Masih S. Nurses' perceived barriers to the delivery of person-centred care to complex patients: A qualitative study using

theoretical domains framework. *J Clin Nurs.* 2023 fev;32(3-4):368-81. <http://doi.org/10.1111/jocn.16245>. PMID:35132737.

12. Curtin M, Murphy M, Savage E, O'Driscoll M, Leahy-Warren P. Midwives', obstetricians', and nurses' perspectives of humanized care during pregnancy and childbirth for women classified as high risk in high income countries: A mixed methods systematic review. *PLoS One.* 2023;18(10):e0293007. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0293007>. PMID:37878625.
13. Kleinheksel AJ, Rockich-Winston N, Tawfik H, Wyatt TR. Demystifying content analysis. *Am J Pharm Educ.* 2020;84(1):7113. <http://doi.org/10.5688/ajpe7113>. PMID:32292185.
14. Rahimi S, Khatooni M. Saturation in qualitative research: an evolutionary concept analysis. *Int J Nurs Stud Adv.* 2024;6:100174. <http://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100174>. PMID:38746797.
15. Ryan T. Facilitators of person and relationship-centred care in nursing. *Nurs Open.* 2022;9(2):892-9. <http://doi.org/10.1002/nop2.1083>. PMID:34590790.
16. Veenstra GL, Dabekaussen KFAA, Molleman E, Heineman E, Welker GA. Health care professionals' motivation, their behaviors, and the quality of hospital care: A mixed-methods systematic review. *Health Care Manage Rev.* 2022;47(2):155-67. <http://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000284>. PMID:32271199.
17. Oliveira CF, Ribeiro AAV, Luquine Jr CD, de Bortoli MC, Toma TS, Chapman EMG et al. Barriers to implementing guideline recommendations to improve childbirth care: a rapid review of evidence. *Rev Panam Salud Publica.* 2021;45:e7. <http://doi.org/10.26633/RPSP.2021.7>. PMID:33643394.
18. Younas A, Inayat S, Masih S. Nurses' perceived barriers to the delivery of person-centred care to complex patients: A qualitative study using theoretical domains framework. *J Clin Nurs.* 2023;32(3-4):368-81. <http://doi.org/10.1111/jocn.16245>. PMID:35132737.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira. Priscila da Silva Almeida Pessanha. Juliana Amaral Prata.

Aquisição de dados. Priscila da Silva Almeida Pessanha.

Análise de dados e interpretação dos resultados. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira. Priscila da Silva Almeida Pessanha. Juliana Amaral Prata. Marianne de Lira Maia. Evelyn Lima Teixeira do Nascimento. Juliana de Souza Fernandes.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira. Priscila da Silva Almeida Pessanha. Juliana Amaral Prata. Marianne de Lira Maia. Evelyn Lima Teixeira do Nascimento. Juliana de Souza Fernandes.

Aprovação da versão final do artigo. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira. Priscila da Silva Almeida Pessanha. Juliana Amaral Prata. Marianne de Lira Maia. Evelyn Lima Teixeira do Nascimento. Juliana de Souza Fernandes.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira. Priscila da Silva Almeida Pessanha. Juliana Amaral Prata. Marianne de Lira Maia. Evelyn Lima Teixeira do Nascimento. Juliana de Souza Fernandes.

EDITOR ASSOCIADO

Candida Primo 

EDITOR CIENTÍFICO

Marcelle Miranda da Silva 