



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Priscila da Silva Almeida Pessanha

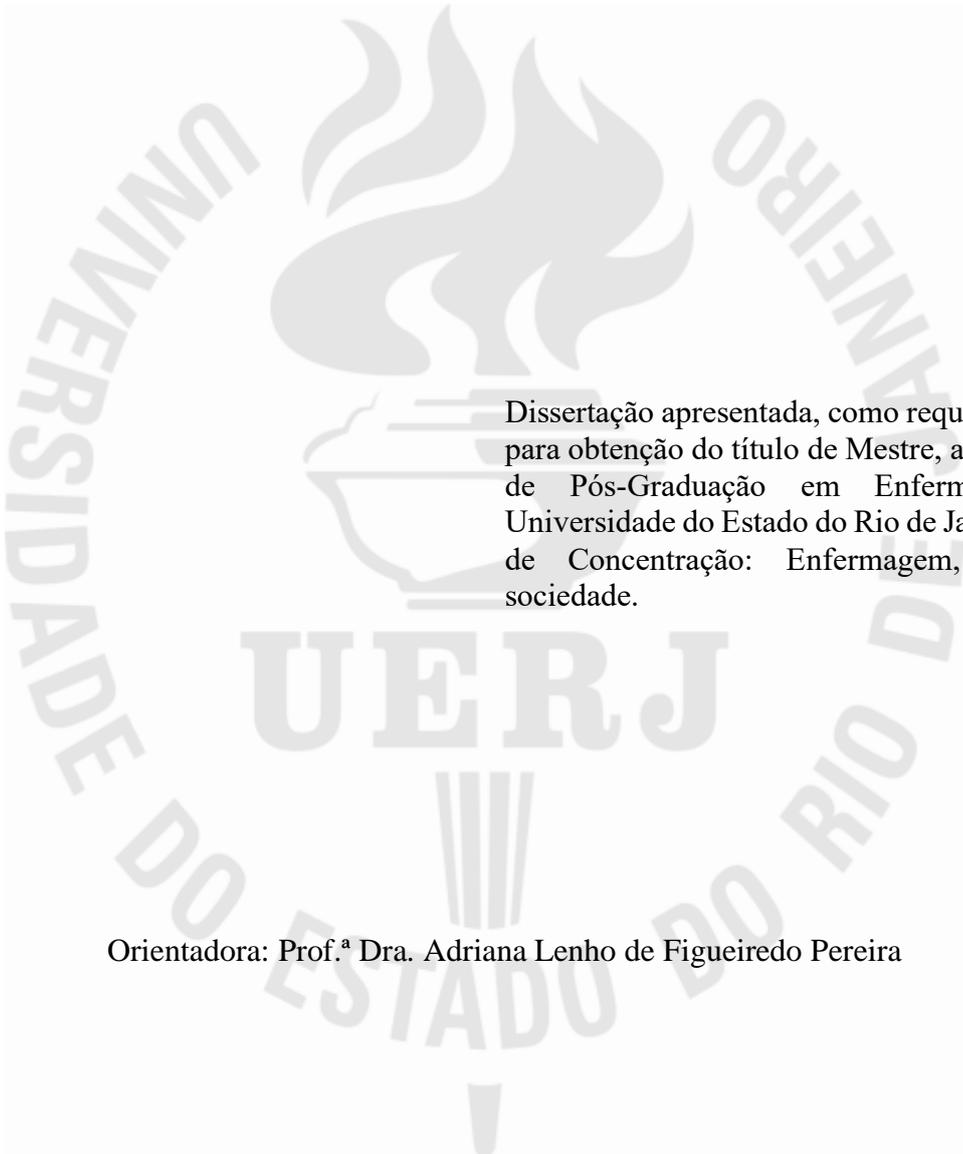
**Cuidado centrado na mulher que vivencia o parto: percepções da
equipe de enfermagem**

Rio de Janeiro

2021

Priscila da Silva Almeida Pessanha

Cuidado centrado na mulher que vivencia o parto: percepções da equipe de enfermagem



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, saúde e sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

P475 Pessanha, P. S. A.
Cuidado centrado na mulher que vivencia o parto: percepções da equipe de enfermagem / Priscila da Silva Almeida Pessanha. – 2021, 103 f.

Orientadora: Adriana Lenho de Figueiredo Pereira
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Assistência centrada no paciente. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Teoria de enfermagem. 4. Parto. 5. Enfermagem obstétrica. I. Pereira, Adriana Lenho de Figueiredo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Bibliotecária: Kárin Cardoso CRB/7 6287

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Priscila da Silva Almeida Pessanha

Cuidado centrado na mulher que vivencia o parto: percepções da equipe de enfermagem

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, saúde e sociedade.

Aprovada em 27 de maio de 2021.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Célia Pereira Caldas
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Helen Campos Ferreira
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

À Deus por me conceder sabedoria e direcionamento para alcançar esta conquista.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me permitir viver este momento com saúde e equilíbrio, me dando força, sabedoria para alcançar meu objetivo, além de me guiar durante toda trajetória.

Ao meu Marido, pelo estímulo e incentivo para a busca desta qualificação. E por toda paciência e compreensão nos meus momentos de ausência.

Ao meu Filho pelo respeito, silêncio e carinho quando eu mais precisei.

Aos meus pais (in memoriam) que me proporcionaram o alicerce para esta conquista e, por estarem sempre presente em meu coração, me dando força. Aonde estejam meu muito obrigado!

À minhas irmãs Cyntia e Jessica, pela motivação constante, e ouvidos nos momentos de desespero.

À minha orientadora Adriana Lenho, por me acolher, orientar, incentivar a todo instante, acreditando no meu potencial, respeitando meus momentos profissionais, de mãe e esposa. A ela devo meus sinceros agradecimentos.

Às Prof^{as}. Dra. Célia Caldas e Hellen Campos, pelas valiosas contribuições, as quais me permitiram enriquecer e aprofundar o estudo.

À Prof^a. Dra. Lucia Penna pelo incentivo para realizar o processo seletivo do mestrado e pelo extraordinário exemplo de competência e profissionalismo.

À minha amiga, Saadia, que além de incentivo, me proporcionou a tranquilidade de cuidar do meu filho e de minha casa nas minhas ausências.

À Escola de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro por mais uma acolhida e oportunidade no meu percurso profissional.

À todos os colegas de turma que fizeram meus dias mais leves e prazerosos.

Aos participantes da pesquisa, que disponibilizaram seu tempo e sua atenção para participarem das entrevistas.

À minha família e a todos aqueles que de alguma forma contribuíram e emanaram torcida e apoio incondicional.

Nossas digitais não se apagam na vida que tocamos.

Lya Luft

RESUMO

PESSANHA, P. S. A. **Cuidado centrado na mulher que vivencia o parto**: percepções da equipe de enfermagem. 2021. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Esta dissertação tem como objeto de pesquisa “O cuidado centrado na mulher que vivencia o parto na percepção da equipe de enfermagem” e objetivou: descrever as percepções da equipe de enfermagem acerca do cuidado centrado nas mulheres que vivenciam o parto; e identificar as possibilidades e desafios dessa perspectiva de cuidado na atenção ao parto. Utilizou-se o referencial teórico-metodológico da Teoria Humanística de Enfermagem de Josephine Paterson e Loretta Zderad. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva, realizada em maternidade terciária e vinculada a um hospital de ensino no município do Rio de Janeiro. Vinte profissionais da equipe de enfermagem, atuantes na assistência a mulher no pré-parto, parto e pós-parto, participaram da pesquisa. A coleta de dados ocorreu de julho a agosto de 2020, por meio de entrevista individual, orientada de roteiro semiestruturado, com perguntas relativas ao perfil profissional, e questões abertas sobre o objeto de pesquisa, analisadas pela Análise de Conteúdo Temática, à luz da Teoria Humanística de Enfermagem. A categoria temática, Cuidado centrado na mulher durante o parto na percepção da equipe de enfermagem, abarca cinco subcategorias: Equipe de enfermagem prepara-se para encontrar a mulher; Equipe de enfermagem conhece intuitivamente a mulher; Equipe de enfermagem conhece cientificamente a mulher; Equipe de enfermagem compreende as experiências vivenciadas; e A unidade paradoxal revelada: possibilidades e limites do cuidado centrado na mulher. O cuidado centrado na mulher emergiu a partir da presença autêntica da enfermeira, que se estabelece pelo diálogo por elas vivenciado quando há relação intersubjetiva construída por meio da valorização da presença, interesse, abertura para o outro e comunicação verbal e não-verbal no processo de cuidar respeitoso da autonomia e direitos para promoção do bem-estar no período do parto. Os atributos que possibilitam o cuidado centrado na mulher, na percepção da equipe de enfermagem, são: profissionais qualificados e estimulados; mulher bem-informada; diálogo interprofissional; e ambiente privativo. Por outro lado, os limitantes são: pouca interação da mulher e acompanhante com a equipe de enfermagem; desconhecimento da clientela sobre o processo de parto; atitudes discriminatórias da equipe; ambiente de cuidado desfavorável; limitada comunicação interprofissional; e déficit de profissionais. Concluiu-se que o cuidado centrado na mulher durante o parto é permeado pelos pressupostos interrelacionais e intersubjetivos da Teoria Humanística de Enfermagem para o alcance do bem-estar e estar melhor, mas defronta-se com restrições decorrentes das dificuldades no âmbito da organização do trabalho em saúde e enfermagem, bem como com as inadequações dos cuidados durante o pré-natal e parto às mulheres grávidas, sendo esses desafios ainda persistentes no sistema de saúde brasileiro.

Palavras-chave: Assistência centrada no paciente. Cuidados de enfermagem. Teoria de enfermagem. Parto. Enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

PESSANHA, P. S. A. **Care centered on women who experience childbirth**: perceptions of the nursing team. 2021. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

This study has as its research object the “Care centered on women who experience childbirth in the perception of the nursing team”, and aimed to describe the perceptions of the nursing team about care centered on women who experience childbirth, as well as to identify the possibilities and challenges of this perspective of care in childbirth care. The theoretical-methodological framework of the Humanistic Nursing Theory of Josephine Paterson and Loretta Zderad was used. This is a qualitative, descriptive research, carried out in a tertiary maternity hospital linked to a teaching hospital in the city of Rio de Janeiro. Twenty professionals from the nursing team who work in assistance to women in the prepartum, delivery and postpartum periods participated in the research. Data production took place from July to August 2020, through individual interviews guided by a semi-structured script with questions about the professional profile and open questions about the research object, which were analyzed through the Thematic Content Analysis in the light of the Humanistic Theory of Nursing. The thematic category “Care centered on women during childbirth in the perception of the nursing team” embraces five subcategories: Nursing team prepares to meet the woman; Nursing team intuitively knows the woman; Nursing team scientifically knows the woman; Nursing team understands the experiences lived, and The paradoxical unit revealed: possibilities and limits of care centered on women. Care centered on women has emerged as an authentic presence of the nurse, established through the dialogue they experience when there is an intersubjective relationship built through valued presence, interest, openness to the other, and verbal and non-verbal communication in a care process that respects women’s autonomy and rights to promote their well-being in the childbirth period. The attributes that enable care centered on women in the perception of the nursing team are: qualified and motivated professionals, well informed women, interprofessional dialogue and private environment, while the limiting ones are: little interaction between the woman and her companion with the nursing team; the clientele’s lack of knowledge about the delivery process; discriminatory attitudes of the team; unfavorable care environment; limited interprofessional communication and shortage of professionals. It is concluded that care centered on women during childbirth is permeated by the interrelational and intersubjective assumptions of the Humanistic Nursing Theory to achieve well-being and better-being, but is faced with restrictions deriving from difficulties in the scope of health and nursing work organization, as well as from inadequate prenatal and childbirth care for pregnant women, which are challenges that still persist in the Brazilian health system.

Keywords: Patient-centered care. Nursing care. Nursing theory. Childbirth. Obstetric nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Estratégia de busca para seleção de artigos segundo as bases de dados ...	16
Figura 1 –	Fluxograma da seleção da amostra para o estudo	17
Quadro 2 –	Artigos selecionados na revisão segundo cada base de dados consultada	17
Quadro 3 -	Correlação dos principais conceitos da Abordagem Centrada na Pessoa e da Prática de Enfermagem Centrada na Pessoa com os pressupostos da Teoria Humanística de Enfermagem	32
Figura 2 –	Estrutura sinóptica da teoria de Paterson e Zderad	37
Quadro 4 –	Frequência absoluta das participantes segundo suas características socioprofissionais	40
Quadro 5 –	Categoria temática: Cuidado centrado na mulher durante o parto na percepção da equipe de enfermagem	44
Quadro 6 -	Características socioprofissionais dos entrevistados.....	94

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP	Abordagem Centrada na Pessoa
BDENF	Banco de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CCP	Cuidado Centrado na Pessoa
CCPac	Cuidado Centrado no Paciente
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
COEP	Comissão de Ética em Pesquisa
IOM	<i>Instituto of Medicine</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
RN	Recém-Nascido
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Library</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Centrada no Cliente
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNICEO	Tecnologia Não Invasiva de cuidado de Enfermagem Obstétrica
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UR	Unidade de Registro
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
1	CUIDADO CENTRADO NA PESSOA: ABORDAGENS TEÓRICO-CONCEITUAIS E SUAS APLICAÇÕES NA SAÚDE.....	20
1.1	Cuidado Centrado na Mulher no Parto e a Enfermagem.....	25
2	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: TEORIA HUMANÍSTICA DE ENFERMAGEM DE JOSEPHINE PATERSON E LORETTA ZDERAD.....	33
2.1	Processo metodológico da pesquisa conforme as fases da Teoria Humanística de Enfermagem.....	38
2.1.1	<u>Primeira Fase: Preparação da enfermeira para vir a conhecer.....</u>	39
2.1.2	<u>Segunda Fase: A enfermeira conhece intuitivamente o outro.....</u>	41
2.1.3	<u>Terceira Fase: A enfermeira conhece cientificamente o outro.....</u>	42
2.1.4	<u>Quarta Fase: Enfermeira sintetiza complementarmente outros conhecimentos.....</u>	43
2.1.5	<u>Quinta Fase: A sucessão interna da enfermeira a partir de muitos para um único paradoxal.....</u>	44
3	CUIDADO CENTRADO NA MULHER DURANTE O PARTO NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	45
3.1	Equipe de enfermagem prepara-se para encontrar a mulher.....	45
3.2	Equipe de enfermagem conhece intuitivamente a mulher.....	48
3.3	Equipe de enfermagem conhece cientificamente a mulher.....	54
3.4	Equipe de enfermagem compreende as experiências vivenciadas.....	58
3.5	A unidade paradoxal revelada: possibilidades e limites do cuidado centrado na mulher.....	61
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
	REFERÊNCIAS.....	77
	APÊNDICE A - Roteiro semiestruturado de Entrevista.....	92
	APÊNDICE B -Termo de consentimento livre e esclarecido.....	93
	APÊNDICE C – Detalhamento das características socioprofissionais das profissionais entrevistadas.....	94
	ANEXO A - Pareceres dos Comitês de Ética em Pesquisa.....	96
	ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP.....	100

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta dissertação tem como objeto de pesquisa o cuidado centrado na mulher que vivencia o parto, a partir da percepção da equipe de enfermagem. Ela está inserida nos estudos desenvolvidos pelo grupo de pesquisa “Gênero, violências e práticas em saúde e enfermagem”, e na linha de pesquisa “Saberes, Políticas em Saúde Coletiva e Enfermagem” do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

A motivação para pesquisar este tema surgiu a partir da minha experiência como enfermeira residente de enfermagem obstétrica, quando presenciei, durante minhas atividades práticas, situações desrespeitosas, por parte da equipe multiprofissional, em relação às mulheres, tais como abusos verbais, atitudes discriminatórias relacionadas à raça e à obesidade, violência de gênero, entre outras.

A gravidez, o parto e o puerpério são momentos mobilizadores de subjetividades e emoções na vida das mulheres. Essas vivências podem causar marcas indeléveis para o resto das suas vidas, tanto positivas quanto negativas. Assim sendo, o cuidado centrado na mulher deve ser uma preocupação no cuidado, a fim de contemplar os aspectos biopsicossociais envolvidos nesses momentos tão ímpares, como o respeito à sua singularidade, as vivências reprodutivas e sexualidade, o contexto sociocultural e as emoções suscitadas pela gestação e maternidade.

Ao dar à luz ao meu filho, compreendi como as mulheres ficam vulneráveis e inseguras na instituição hospitalar e que, por vezes, comportamentos e atitudes profissionais inadequadas prejudicam a qualidade da assistência prestada. O meu parto aconteceu na passagem de plantão e os profissionais de enfermagem estavam mal-humorados, davam pouca atenção à clientela e os cuidados de rotina não foram adequadamente realizados, a exemplo da aferição de pressão arterial, avaliação da involução uterina e orientações para alta. No entanto, tal situação foi amenizada por estar com meu marido e contar com os cuidados de uma enfermeira obstetra e uma médica obstetra de minha confiança.

A partir dessas situações vivenciadas, passei a refletir sobre esses comportamentos e atitudes inadequadas, além de analisar como eles afetam a qualidade do cuidado das mulheres. Em 2001, o Institute of Medicine (IOM) destacou o Cuidado Centrado no Paciente (CCPac) na qualidade e segurança em saúde, sendo conceituado como um cuidar respeitoso e responsivo às preferências, às necessidades e aos valores individuais dos pacientes, assegurando que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Devido à sua importância, a

centralidade no paciente é uma das seis dimensões da qualidade em saúde (SOUSA, 2014). Portanto, o CCP visa personalizar a assistência ao considerar os pacientes como pessoas que não podem ser reduzidas à sua doença, de modo a contemplar suas subjetividades, potencialidades, limitações e direitos, e a possibilitar um modelo de cuidado no qual o paciente faça parte ativa em seu processo de cuidado (OLSSON et al., 2013).

Corroborando com essa perspectiva de qualificação da assistência à saúde o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Humanização (PNH) no Sistema Único de Saúde (SUS), em 2003. Esse programa é um marco de referência na construção de práticas de saúde que visam garantir o respeito ao cidadão em seus valores e necessidades (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011). O PNH coloca a humanização como eixo transversal nas ações do SUS e eleva o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos como seus princípios, preconizando a afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, com responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar (BRASIL, 2004a).

Em consonância com esse direcionamento da política de saúde, em 2004, a humanização, em associação à qualidade, passa a ser um princípio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), visando a promoção de melhorias na saúde das mulheres por meio da garantia de direitos e ampliação do acesso à rede de atenção, com intento de fortalecer a resolução dos problemas, a satisfação das usuárias, a capacidade das mulheres frente às suas necessidades, o reconhecimento de seus direitos e a promoção do autocuidado (BRASIL, 2004b).

Em 2007, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou um documento que descreve o Cuidado Centrado na Pessoa (CCP) como um cuidado organizado em torno das necessidades e expectativas das pessoas e comunidades, e não da patologia. O CCP privilegia valores e princípios universalmente aceitos, como os direitos humanos, a não discriminação, a participação, a informação, o acesso e a equidade, com intento de restaurar a harmonia, o equilíbrio e a conexão entre as pessoas. Assim, visando alcançar maior segurança, satisfação, aumento da adesão aos planos de cuidados, melhoria nos resultados de saúde, além de proporcionar qualidade à vida dos pacientes (WHO, 2007a).

A enfermagem também tem estabelecido teorizações sobre o cuidado sustentadas pelo paradigma humanístico. Nessa vertente paradigmática, a enfermagem humanística tem enfoque na relação, ou seja, no encontro entre dois seres humanos, o paciente (a pessoa) e a enfermeira. A relação de cuidado é intersubjetiva e exige que a enfermeira esteja autenticamente presente e comprometida em nutrir o potencial do outro e preservar a sua dignidade humana (LÉTOURNEAU; CARA; GOUDREAU, 2017a).

Em confluência, os documentos de referência internacionais e nacionais estão também alicerçados no paradigma humanístico, pois recomendam a valorização da dignidade, dos direitos e da autodeterminação da pessoa humana, colocando-a na centralidade do processo assistencial e como protagonista de si e do seu autocuidado. Percebe-se, portanto, interseções entre os valores humanísticos na assistência à saúde e as proposições de CCP, que balizam a opção de ancorar o estudo do objeto de pesquisa desta dissertação nessa vertente paradigmática, em confluência com as políticas de saúde e de atenção à saúde da mulher no país, que têm a humanização como eixo transversal.

Apesar dessa perspectiva humanística no cuidado à saúde, o descaso e o desrespeito às mulheres no ciclo gravídico-puerperal ainda são relatados e observados nos serviços de saúde públicos e privados, além de serem cada vez mais noticiados nos meios de comunicação e redes sociais, o que evidencia a importância do debate acerca desse tema, não somente pelas vítimas entre si, mas com todos os atores da sociedade (ZANARDO et al., 2017).

No Brasil, há mulheres que sofreram maus-tratos durante o atendimento ao parto. O crescente número de cesáreas é um dado que comprova e retrata a intervenção tecnológica no corpo da mulher, bem como o excesso de intervenções desnecessárias no processo fisiológico, a exemplo do uso rotineiro da ocitocina¹ para acelerar o parto e a realização da episiotomia², além da privação de uma assistência baseada em boas práticas, que garante a presença de acompanhante de livre escolha da mulher, ingestão de líquidos e movimentação durante o trabalho parto, e parto em posições verticalizadas (TESSER et al., 2015).

Venturi e Godinho (2013) constataram que uma em cada quatro mulheres já sofreu algum tipo de violência na atenção obstétrica e destacaram esse problema como um fator crítico na saúde pública brasileira, pois as entrevistadas relataram desrespeito e/ou maus-tratos na hora do parto. As práticas percebidas como violência pelas mulheres foram o exame de toque doloroso (10%); negativa para alívio da dor (10%); não explicação para procedimentos

¹ A ocitocina aumenta o risco de asfixia fetal e parto vaginal operatório devido ao seu efeito adverso de hiperestimulação uterina, sendo esse tipo de parto um fator causal para lesões graves no períneo nos partos vaginais (GAUDERNACK et al., 2018).

² Trata-se de incisão cirúrgica efetuada na região mediana ou médio-lateral do períneo, entre a vagina e o ânus, seccionando a pele, mucosa e fibras musculares dessa região. A episiotomia pode provocar complicações para a mulher, como a extensão da própria incisão cirúrgica do períneo; aumento da perda de sangue; formação de hematomas; dor e desconforto; inflamação, infecção e deiscência no local da sutura; disfunção sexual; deformação anatômica do local e aumento de custos decorrentes do tratamento dessas complicações (ZILBERMAN et al., 2018).

adotados (9%); gritos de profissionais ao ser atendida (9%); negativa de atendimento (8%) e xingamentos ou humilhações (7%).

De certo, posturas profissionais identificadas não são coerentes com a relação de cuidado, expressam atitudes de descuido e podem envolver fatores culturais da assistência às mulheres nos serviços de saúde, como a tendência à negação de informações e a oferecer uma assistência despersonalizada, desrespeitosa ao protagonismo da mulher no parto, sem privacidade e confidencialidade e com uso inadequado de intervenções, bem como a utilização de palavras, atitudes e comportamentos profissionais inadequados (SOUZA; MENDES, 2014).

Esses abusos e inadequações interferem na qualidade da atenção à saúde e afrontam os direitos das mulheres, uma vez que os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto representam uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, exigindo que os governos estabeleçam estratégias eficazes para erradicá-los (OMS, 2014a).

Tais problemas na qualidade da atenção podem ser enfrentados por meio do modelo humanístico e dos cuidados centrados na pessoa da mulher. No entanto, pesquisa internacional realizada na Austrália com profissionais de enfermagem de um hospital terciário verificou ambivalências nas interações entre enfermeiras e as pessoas sob os seus cuidados. Apesar das enfermeiras manifestarem a valorização da abordagem centrada na pessoa e se perceberem conduzindo os cuidados de acordo com essa abordagem durante a administração de medicamentos, verificaram-se interações com enfoque apenas na execução impessoal desses procedimentos e conforme a rotina institucional (BOLSTER; MANIAS, 2010).

Diante desses desafios na prática assistencial e com vistas a aprofundar o conhecimento sobre a temática do cuidado centrado nas mulheres no momento do parto, definiu-se como problema ou questão norteadora:

- Quais as percepções da equipe de enfermagem acerca do cuidado centrado nas mulheres e suas possibilidades e desafios na atenção ao parto?

Nessa perspectiva, os objetivos desta dissertação foram:

- Descrever as percepções da equipe de enfermagem acerca do cuidado centrado nas mulheres que vivenciam o parto;
- Identificar as possibilidades e os desafios dessa perspectiva de cuidado na atenção ao parto.

O presente estudo se justifica pela relevância social da temática em face dos problemas acima descritos e pela necessidade de buscar-se iniciativas para qualificação da assistência prestada pela enfermagem na atenção à saúde das mulheres no período da gestação, parto e puerpério. Espera-se que os seus resultados possam contribuir com a melhoria da satisfação das mulheres com a assistência prestada e dos indicadores de saúde materna e neonatal nos serviços de saúde do SUS, além de elaborar novos conhecimentos que podem favorecer o ensino. Acredita-se também que esta dissertação propicia a reflexão e o aprofundamento do tema estudado, assim como a pesquisa de enfermagem na área de obstétrica, em razão de promover o avanço do conhecimento e reflexões sobre as possibilidades de oferecer um cuidado mais qualificado, seguro e satisfatório para as mulheres.

Para conhecer o estado da arte sobre a temática proposta, realizou-se um levantamento bibliográfico nas bases dados: CINAHL, BVS REGIONAL/LILACS, BDEF e SCIELO. Foram utilizados os seguintes descritores controlados, em diversas combinações booleanas: “Assistência Centrada no Paciente”, “Enfermagem Centrada no Paciente”, “Assistência Focada no Paciente”, “Assistência Centrada”, “Cuidado Personalizado”, “Cuidado Centrado no Paciente”, “Cuidado Centrado na Mulher”, “Trabalho de parto”, “Mulheres grávidas”, “Gestante”, “Gravidez” e “Obstetrícia”, em português, e as seguintes, em inglês: “Patient-Centered Care”, “Patient-Centered Nursing”, “Patient-Focused Care”, “Centered Care”, “Personalized Care”, “Woman-Centred Care”, “Labor Obstetric”, “Pregnant Women”, “Pregnancy” e “Obstetrics”.

A seleção da amostra obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: artigos completos disponíveis eletronicamente, estudos nacionais e internacionais que versaram sobre o cuidado centrado na mulher que vivencia o parto, publicados no período 2003 a 2020, cujos os textos estavam redigidos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. O número de documentos encontrados em cada base de dados está apresentado no Quadro 1.

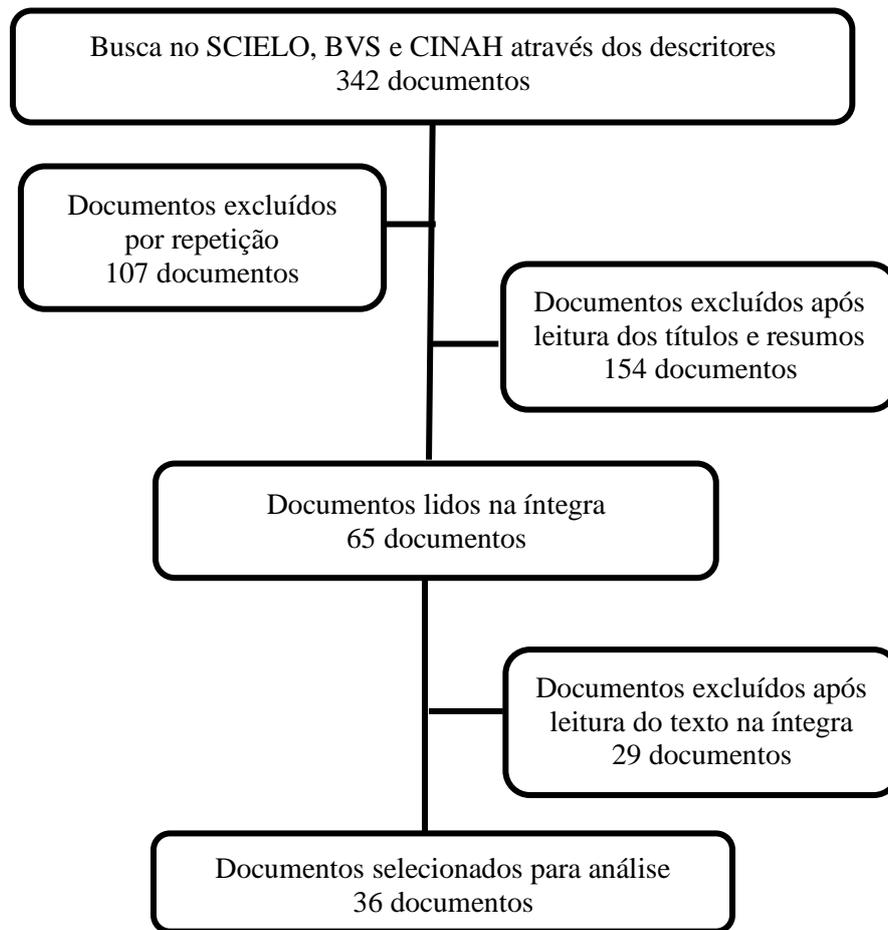
Quadro 1 – Estratégia de busca para seleção de artigos segundo as bases de dados.

Base de dados	Combinação de palavras-chaves	Resultado
CINAHL (<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>)	<i>Patient-Centered Care OR Patient-Centered Nursing OR Patient-Focused Care OR Centered Care OR Personalized Care OR Woman-Centred Care</i> AND <i>Labor Obstetric OR Pregnant Women OR Pregnancy OR Obstetrics</i>	126 artigos
BVS REGIONAL - LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e BDENF (Banco de Dados de Enfermagem)	<i>Patient-Centered Care OR Patient-Centered Nursing OR Patient-Focused Care OR Centered Care OR Personalized Care OR Woman-Centred Care</i> OR <i>Assistência Centrada no Paciente OR Enfermagem Centrada no Paciente OR Assistência Focada no Paciente OR Assistência Centrada OR Cuidado Personalizado OR Cuidado Centrado no Paciente OR Cuidado Centrado na Mulher OR Atencion centrada en el paciente OR Enfermeria centrada en el paciente OR Atencion personalizada OR Atencion centrada en la mujer</i> AND <i>Labor Obstetric OR Pregnant Women OR Pregnancy OR Obstetric OR Trabalho de parto OR Mulheres gravidas OR Gestante OR Gravidez OR Obstetricia OR Trabajo de parto OR Mujeres embarazadas OR Embarazo OR Obstetricia</i>	29 artigos
SCIELO (<i>Scientific Electronic Library</i>)	<i>Patient-Centered Care OR Patient-Centered Nursing OR Patient-Focused Care OR Centered Care OR Personalized Care OR Woman-Centred Care</i> OR <i>Assistência Centrada no Paciente OR Enfermagem Centrada no Paciente OR Assistência Focada no Paciente OR Assistência Centrada OR Cuidado Personalizado OR Cuidado Centrado no Paciente OR Cuidado Centrado na Mulher OR Atencion centrada en el paciente OR Enfermeria centrada en el paciente OR Atencion personalizada OR Atencion centrada en la mujer</i> AND <i>Labor Obstetric OR Pregnant Women OR Pregnancy OR Obstetric OR Trabalho de parto OR Mulheres gravidas OR Gestante OR Gravidez OR Obstetricia OR Trabajo de parto OR Mujeres embarazadas OR Embarazo OR Obstetricia</i>	16 artigos
Total		342 artigos

Fonte: Autora, 2020.

Foram obtidos 342 documentos no total de resultados desta pesquisa. Em seguida, foram empregados os filtros e a retirada dos documentos duplicados, que totalizaram 107 documentos. Os 235 documentos restantes foram analisados e, uma vez lidos os seus resumos, 154 foram excluídos por não conter nenhuma familiaridade com a temática. Portanto, somente 65 estudos foram selecionados para a leitura na íntegra, dentre os quais, após a aplicação de todos os critérios de inclusão e exclusão empregados, foram selecionados 36 para amostra total. Na Figura 1 encontra-se o fluxograma realizado para seleção da amostra para o estudo.

Figura 1 – Fluxograma da seleção da amostra para o estudo.



Fonte: Autora, 2020.

No Quadro 2, apresenta-se a descrição da representação dos resultados finais alcançados nas bases de dados citadas a respeito da temática.

Quadro 2 – Artigos selecionados na revisão segundo cada base de dados consultada.(continua)

CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)			
Ano	Título	Tipo	Total
2013	The relationships between nurse attributes, site characteristics, and labor support attitudes and behaviors among intrapartum nurses	Tese	30
2015	Status of respectful and non-abusive care during facility-based childbirth in a hospital and health centers in Addis Abada, Ethiopia	Artigo	
2018	Midwifery care based on a precautionary approach: Promoting normal births in maternity wards. The thoughts and experiences of midwives	Artigo	
2017	Client-related factors associated with a “Less than good” experience of midwifery care during childhood in the Netherlands	Artigo	
2018	From passive passenger to participating co-pilot – Pregnant women’s expectations of being able to access their online journal from antenatal care	Artigo	
2017	Perception of professional empowerment among midwifery graduates: School of midwifery, Universe of Chile	Artigo	

Quadro 3 – Artigos selecionados na revisão segundo cada base de dados consultada.(conclusão)

2016	Assessment of the implementation of the model of integrated and humanize midwifery health service in Chile	Artigo	
2016	The kaleidoscopic midwife: A conceptual metaphor illustrating first-time mother's perspectives of a good midwife during childbirth. A grounded theory study	Artigo	
2012	From the hospital organization to the childbirth practice: Italian women's experience	Artigo	
2016	Creating new strategies to enhance postpartum health and wellness	Artigo	
2013	Nursing staff and the care devices in the childbirth process: Focus on humanization	Artigo	
2018	Bringing together the "Threads of care in possible miscarriage for women, their partners and nurses in non-metropolitan EDs	Artigo	
2004	The perinatal nursing relation: in search of a woman-centered experience	Tese	
2017	Racial disparities in birth care: Exploring the perceived role of African-American women proving midwifery care and birth support in the United States	Artigo	
2018	In labor or in limbo? The experiences of women undergoing induction of labor in hospital	Artigo	
2012	The development of trust in the nurse-patient relationship with hospitalized Mexican American patients	Tese	
2013	The relationship between women-centred care and women's birth experiences	Artigo	
2018	Effect of normal physiologic childbirth program in mother-friendly hospitals on duration of labor	Artigo	
2010	A woman-centred childbirth model	Artigo	
2008	Mothers' experiences of managing women in labor in the Limpopo Province of South Africa	Artigo	
2012	Pregnancies in perinatally HIV-infected young women and implications for care and services programs	Artigo	
2017	Exploring provider perspectives on respectful maternity care in Kenya: "Work with what you have"	Artigo	
2014	Intrapartum nurses' beliefs about childbirth: A descriptive qualitative study in nurses that provide care to women in labor and birth	Tese	
2017	The process of intrapartum care among skilled birth attendants in the Dominican Republic and maternal perceptions of care during labor and birth	Artigo	
2017	Accessing new understandings of trauma-informed care with queer birthing women in rural context	Artigo	
2016	Nursing care experienced by women during child-birth in the humanization perspective	Artigo	
2018	Health portals for specific populations: A design for pregnant women	Artigo	
2018	Birthing on country in our community): a case study of engaging steak holders and developing a best-practice indigenous maternity service in a urban setting	Artigo	
2006	"Making a difference: midwives' experiences of caring for women	Artigo	
2014	The humanized assistance in parturition: the perception of teenagers	Artigo	
BVS			
Ano	Título	Tipo	Total
2014	Technologies of birth and models of midwifery care	Artigo	3
2018	Atitudes de enfermeiros nos cuidados com famílias no contexto do parto e puerpério imediato	Artigo	
2012	Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher	Artigo	
SCIELO			
Ano	Título	Tipo	Total
2006	Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente	Artigo	3
2013	Análise do exercício de competências dos não-médicos para atenção à maternidade	Artigo	
2019	Atención del parto centrada em el paciente	Artigo	

Fonte: Autora, 2020.

Ao analisar as publicações selecionadas, notou-se que a maioria apenas tangenciava o tema do cuidado centrado na mulher durante o parto, pois ou tratava de assuntos correlatos e do cuidado centrado na mulher como meio de resolver um problema da prática assistencial, ou sustentava que a sua ausência era causa das inadequações do cuidado no momento do parto. Outros estudos versavam sobre a relação entre a enfermagem e a mulher no trabalho de parto e analisavam a percepção das usuárias sobre esse importante momento de sua vida.

Constata-se que um número muito reduzido desses documentos aborda mais diretamente o assunto do cuidado centrado na mulher durante o trabalho de parto, mas não trata o tema de forma mais ampla, o que faz desta dissertação uma pesquisa relevante por dar destaque aos pontos de vista da equipe de enfermagem, subsidiar a reflexão sobre práticas assistenciais e contribuir para avanços do conhecimento acerca do cuidado humanístico, bem como centrado na pessoa da mulher, visando o respeito aos seus direitos e desejos.

1 CUIDADO CENTRADO NA PESSOA: ABORDAGENS TEÓRICO-CONCEITUAIS E SUAS APLICAÇÕES NA SAÚDE

As teorizações sobre a centralidade da pessoa no processo terapêutico foram realizadas pelo psicólogo norte americano Carl Rogers, no final dos anos de 1950, quando propôs a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP). Essa abordagem influenciou proposições na área de saúde, como o Método Clínico Centrado na Pessoa na medicina e na atenção primária em saúde, e teve uma aproximação com a centralidade do paciente como um dos atributos da qualidade da assistência em saúde.

Carl Ransom Rogers foi um norte-americano nascido no início do século XX. Graduou-se originalmente em história, depois estudou teologia e, ao frequentar o seminário teológico, desenvolveu uma visão liberal filosófica da religião. No final da década de 1920 e início da década de 1930, ele obteve os títulos de mestre e doutor em psicologia (ZIMRING, 2010).

No início de sua atuação profissional como psicólogo, Carl Rogers aplicou as teorias behaviorista e psicanalistas vigentes na sua época. Mais tarde, como psicólogo e professor universitário nos Estados Unidos da América, dedicou-se a pesquisar uma abordagem diferente do modelo assistencial aos pacientes, na qual eles fossem vistos como clientes, e não pacientes da terapia psicológica. Os estudos de Carl Rogers resultaram na criação da Abordagem Centrada na Pessoa e na publicação de diversos livros. Ele foi considerado um dos representantes mais influentes do movimento da psicologia humanista (CONSTANTINO, 2018; ZIMRING, 2010;).

O movimento da psicologia humanista se pautava na perspectiva global do indivíduo e na relevância de todos os aspectos que compõem o ser humano. Contemporâneo e colega de Carl Rogers no Centro de Estudos da Pessoa, em La Jolla, Califórnia, Abraham Maslow ficou conhecido pela sua Teoria da Hierarquia das Necessidades Humanas e “pirâmide de Maslow”, (ZIMRING, 2010). Maslow, Rogers e outros estudiosos se contrapunham às vertentes behavioristas e psicanalistas que deram origem à corrente da psicologia humanista (CONSTANTINO, 2018).

A psicanálise era considerada como uma visão pessimista, determinística e psicopatológica do ser humano com ênfase nas neuroses e psicoses, enquanto o behaviorismo compreendia o ser humano como uma espécie de organismo mecanizado cujos comportamentos respondiam aos estímulos do meio. Já na psicologia humanista, defendia-se o homem como próprio agente de sua transformação e dava-se ênfase para a saúde, o bem-estar e o potencial humano de crescimento e de autorrealização (CAMPOS, 2006).

Corroborando com essa vertente humanística, Carl Rogers descreve que as condições externas desfavoráveis corrompem e adoecem o homem. Assim, ele propõe uma visão holística do indivíduo, com valorização de sua capacidade de autodesenvolvimento a partir das experiências subjetivas. Rogers introduziu na psicologia o conceito de “cliente” em lugar do “paciente”. A abordagem humanística de Rogers focalizou a pessoa sadia e a avaliação ampliada dos comportamentos e atitudes dos indivíduos, bem como os fatores influentes no seu estado de saúde, culminando na Terapia Centrada no Cliente (TCC) (FREITAS; BOECHAT, 2018).

A TCC de Carl Rogers considera o indivíduo como naturalmente propenso a uma evolução que o direciona para o crescimento e desenvolvimento de suas potencialidades, pois há um impulso que impele todos os organismos e pessoas a atualizar, manter e desenvolver seu potencial (CARRENHO; TASSINARI; PINTO, 2010; RENTE, 2018).

Para essa evolução, há três fatores fundamentais no ambiente terapêutico. O primeiro fator é Aceitação Incondicional, que se refere à postura do terapeuta de aceitar o cliente, com seus sentimentos, emoções, raciocínio e modo de vida. Mesmo que não concorde com ele, o terapeuta deve demonstrar uma consideração integral e não condicional pelo cliente. O segundo fator é a Empatia, que é a capacidade de compreender o outro, se colocar no seu lugar, entender e incorporar suas questões, angústias, dúvidas e pontos de vista ao encarar o problema exposto. Por fim, o terceiro fator é a Autenticidade ou Congruência, que é a transparência no contato terapêutico com o cliente, por meio da postura empática e atitude do terapeuta em expor seus sentimentos e impressões sobre a situação colocada, possibilitando ao cliente refletir sobre e observar o problema de um ângulo diferente (RENTE, 2018).

Ressalta-se o conceito de não-diretividade, desenvolvido por Carl Rogers, que consiste na atribuição ao outro da responsabilidade por percorrer seu próprio caminho em direção ao crescimento. Não cabe ao terapeuta indicar as soluções para as questões trazidas pelo cliente, pois, dessa forma construiria uma imposição ou pressão externa que impediria o crescimento do cliente dentro do seu próprio ritmo (RENTE, 2018).

Portanto, o fundamento da ACP de Rogers é a visão do cliente como uma pessoa humana, autônoma e capaz de desenvolver integralmente as suas capacidades, e não como um paciente, passivo e incapaz de se autodeterminar. Essa abordagem parte da convicção de que o ser humano tem potencial próprio que o leva ao crescimento e desenvolvimento. A relação transpessoal deve ser baseada na confiança, na segurança e na crença de que o cliente possui o poder e a capacidade para encontrar a sua própria direção e desenvolver-se no seu próprio ritmo (ROGERS, 2004).

A partir dessa perspectiva humanista da relação terapêutica com o cliente, o médico psicanalista húngaro Michael Balint propôs a medicina clínica centrada no paciente, que contestava o modelo biomédico predominante, e publicou o livro *The Doctor, His Patient and the Illness*, em 1957, cuja edição em português foi intitulada como *O médico: seu paciente e a doença* (BARBOSA; RIBEIRO, 2016).

Cabe esclarecer que o modelo biomédico é um marco conceitual para a medicina moderna. Esse modelo vê o corpo humano como uma engrenagem, constituído por partes e com funcionamento assemelhado ao de uma máquina mecânica. De fato, essa perspectiva faz com que os sistemas médicos tenham centralidade no processo saúde-doença e exerçam poder sobre o paciente de forma hierárquica. O pilar de sustentação desse modelo é a compreensão dos problemas de saúde a partir dos fenômenos biológicos e de suas alterações patológicas, sem valorizar a subjetividade e participação do paciente no processo terapêutico, ocasionando baixa resolubilidade da maioria das queixas referidas pelos usuários nas consultas (BARBOSA; RIBEIRO, 2016).

Tal perspectiva biomédica influenciou o pesquisador social e educador norte-americano Abraham Flexner, que desenvolveu uma base curricular predominante em inúmeras universidades no mundo. Em 1910, o seu relatório sobre o ensino médico deu ênfase ao estudo da doença e colocou o hospital como a principal instituição de transmissão de conhecimentos médicos, além da universidade. Portanto, o modelo flexneriano se fundamentou na prática mecanicista, biológica, individualizada e especializada, pautando-se no modelo curativo, na tecnificação da assistência à saúde e na oposição às práticas de cuidado completares (ALMEIDA FILHO, 2010). Como consequência, causou a ênfase na doença, e não na saúde, e provocou a dependência à tecnologia e a perda da centralidade na pessoa.

Em contraposição, Michael Balint defendeu a perspectiva biopsicossocial nas consultas médicas, com uma escuta ativa e sensível, buscando entender o paciente no todo e não apenas os sintomas da doença. Para ele, o médico deve esclarecer as causas dos sintomas ao indivíduo e inserir o paciente nas decisões sobre seu tratamento, possibilitando-o a desenvolver sua autonomia para obter um melhor resultado da terapêutica prescrita (BARBOSA; RIBEIRO, 2016).

Posteriormente, entre as décadas de 1970 e 1980, pesquisadores do Departamento de Medicina de Família da Universidade de Western, em Ontario, no Canadá, propuseram o método clínico centrado na pessoa (MCCP), que consistia em um modelo de orientação da prática clínica validado por esses pesquisadores e que visava o compartilhamento das decisões de saúde com a pessoa do cuidado e por meio de ações e dispositivos de empoderamento do

indivíduo, com intuito do tratamento ser mais exitoso e efetivo (WENCESLAU; PORTOCARRERO-GROSS; DEMARZO, 2016).

O MCCP tem um conjunto claro de orientações para que o profissional de saúde consiga efetivar a abordagem centrada na pessoa, estruturado por Moria Stewart et al. (2017). Para tal, foi recomendado explorar a doença e a experiência da pessoa com a doença; entender a pessoa como um todo; elaborar um plano comum de manejo dos problemas; incorporar a prevenção e a promoção de saúde; fortalecer a relação médico-pessoa e ser realista quanto ao momento correto de abordar as questões trazidas pelo cliente, exigindo uma equipe multidisciplinar para resolvê-los.

Corroborando com essa perspectiva de centralidade da pessoa no contexto brasileiro, destaca-se a Constituição Federal de 1988, por estabelecer a saúde como um direito e criar o SUS, sustentado no princípio de cidadania e a partir dos ideários da reforma sanitária que buscavam mudar o modelo curativo dominante. O SUS tem uma perspectiva ampliada da atenção à saúde e inclui o respeito à autonomia das pessoas, o direito às informações e o direito de uma assistência livre de preconceitos e privilégios (BRASIL, 1990).

Na atenção obstétrica, destaca-se o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído no ano 2000, por ser pioneiro na inclusão da humanização como princípio programático, assegurar às grávidas o direito ao acesso e ao atendimento digno no pré-natal e parto e recomendar condutas acolhedoras e não-intervencionistas (BRASIL, 2000a). Posteriormente, a humanização foi adotada como princípio transversal no âmbito do SUS e como política estratégica na valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão em saúde e da construção da autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (BRASIL, 2003).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2007 estabeleceu a Estratégia Saúde da Família como prioridade na organização dos serviços primários e como estratégia para a reorganização da atenção básica no país (BRASIL, 2007). A PNAB contemplou os pressupostos de centralidade na pessoa de Carl Rogers e Michael Balint, pois o CCP é uma das suas diretrizes, estabelecendo que:

[...] o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado (BRASIL, 2017).

Os estudos da qualidade em saúde também têm aproximação com a abordagem de centralidade do indivíduo na ação terapêutica ou assistencial. Contudo, a pessoa continua sob a designação de paciente, o que pode ser considerado um reducionismo em comparação com a Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers.

Um dos pioneiros no estudo da qualidade é o médico americano Avedis Donabedian, que conceituou o cuidado de qualidade como aquele que maximiza o bem-estar do paciente e propôs os “sete pilares” da qualidade: eficácia; efetividade; eficiência; otimização; aceitabilidade; legitimidade; e equidade (SOUZA; MENDES, 2014). Posteriormente, a OMS modificou esses atributos e estabeleceu seis dimensões da qualidade: efetividade; eficiência; acessibilidade; aceitabilidade ou cuidado centrado no paciente; efetividade; e segurança. A centralidade no paciente se refere à assistência que leva em conta as preferências e aspirações dos indivíduos e as culturas de suas comunidades (WHO, 2006b).

Para alcançar a qualidade nos sistemas de saúde, a OMS considera que é preciso alterar o foco de suas políticas da assistência centrada na doença para o cuidado centrado no indivíduo. Além do tratamento da doença, a assistência deve ser atenta aos aspectos de saúde do cidadão e na comunidade onde ele está inserido, além de oferecer orientações para que se mantenha informado, empoderado e capacitado para promover e proteger a sua própria saúde (WHO, 2007a).

A abordagem centrada no indivíduo é importante para manter o foco nos elementos do cuidado, no apoio e no tratamento mais adequados às necessidades do paciente, de sua família e de seus cuidadores. Para a melhoria da qualidade do cuidado de saúde, a fundação de saúde inglesa considera que o cuidado centrado na pessoa é um princípio que visa assegurar que as pessoas sejam tratadas com dignidade, compaixão e respeito, oferecer uma assistência ou tratamento de forma coordenada e personalizada e apoiar as pessoas para que reconheçam e desenvolvam as suas próprias aptidões e competências, a fim de terem uma vida independente e plena (HEALTH FOUNDATION, 2016).

No Brasil, em referência às ações para a qualidade em saúde, destaca-se o Programa Nacional de Segurança do Paciente, implementado em 2014, cujo documento de referência menciona os mesmos atributos da qualidade propostos pela OMS, e o cuidado centrado no paciente está definido como:

Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente (BRASIL, 2014a).

Em 2018, a OMS estabeleceu as recomendações para a assistência durante o parto, a fim de proporcionar uma experiência positiva para a mulher. A diretriz propõe um modelo de cuidado centrado na mulher para otimizar sua experiência nesse momento por meio de uma atenção materna respeitosa, que mantém sua dignidade, privacidade e confidencialidade, garante a integridade física e o tratamento adequado e permite a tomada de decisões informadas e o recebimento de apoio durante o trabalho de parto e parto (OMS, 2018b).

Na enfermagem, em particular, a ACP de Carl Rogers, como processo terapêutico psicológico humanista, inspirou as enfermeiras americanas Josephine Paterson e Loretta Zderad na elaboração da Teoria Humanista de Enfermagem, em contraposição ao modelo biomédico. Essa teoria considera que os indivíduos do cuidado estão unidos em uma relação intersubjetiva que visa promover o bem-estar. O cuidar é um diálogo vivido no âmbito de uma relação de presença autêntica, genuína e intersubjetiva entre a enfermeira e o seu cliente (PAULA; CROSSETTI, 2005).

Na relação de cuidado, o processo dinâmico e intersubjetivo ocorre quando a enfermeira interage com o cliente para promover o seu potencial, colocando-se disponível e por inteiro para compreendê-lo por meio da escuta ativa. Portanto, o cliente não é um objeto (Eu-Isso), pois o encontro e a relação se estabelecem de sujeito para sujeito (Eu-Tu), permitindo conhecer o outro em suas particularidades e oferecer um cuidado humanístico e centrado na unicidade do ser humano, ajudando-o a viver melhor, com autonomia e responsabilidade (MERCÊS; ROCHA, 2006).

Considerando que essa perspectiva teórica apresenta valores e princípios humanísticos que valorizam a unicidade, a dignidade e a autonomia do ser humano, a Teoria Humanista da Enfermagem de Josephine Paterson e Loretta Zderad foi eleita como base conceitual da dissertação para compreensão do objeto de pesquisa por seu potencial de aplicação prática no cuidado de enfermagem, e foi complementada por outros estudiosos do cuidado centrado na pessoa.

1.1 Cuidado Centrado na Mulher no Parto e a Enfermagem

O parto de um filho é representado por muitas mulheres como um momento intenso e significativo (REIS et al., 2017; SOUZA; PILEGGI-CASTRO, 2014), que pode ser influenciado pela cultura e pelos aspectos biopsicossociais dessas mulheres. Não obstante a essas influências, espera-se que o profissional esteja aberto a desenvolver uma comunicação dialógica e genuína com a mulher, para o entendimento de suas necessidades individuais e

respeito à sua dignidade. Portanto, a singularidade da cliente deve ser valorizada para alcançar uma assistência humanística.

Em contraposição à humanização, o modelo de assistência obstétrica ainda é marcado pelo controle do corpo das mulheres e pela privação do desenvolvimento de sua autonomia (REIS et al., 2017). Corroborando com essa ideia, D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002) consideram que muitas mulheres atendidas nas maternidades brasileiras ainda são desrespeitadas e submetidas a situações humilhantes, especialmente aquelas que enfrentam situações de vulnerabilidade e discriminação, como é o caso das mulheres negras, usuárias de drogas ou portadoras do vírus HIV.

Na Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad, a enfermagem é vista como a ciência na qual vivencia um processo essencialmente interativo e resultante do encontro de dois seres humanos, um que necessita ser cuidado e o outro comprometido com o cuidar (OLIVEIRA; SALVADOR; SANTOS, 2012).

A aproximação e o envolvimento entre a enfermeira e a mulher pode promover o bem-estar físico e emocional da parturiente e favorecer ao profissional o desenvolvimento de uma relação transacional, a partir de um chamado e uma resposta intencional, para o “ser” e “tornar-se” melhor na mulher durante o cuidado do parto. Desse modo, a enfermagem estabelece intencionalidade da ajuda com comprometimento e conhecimento por meio de uma relação dialogal e transação intersubjetiva para viabilizar a transformação significativa em ambos no processo de cuidado (PERSEGONA; ZAGONEL, 2006).

Portanto, o cuidado centrado na mulher é um princípio fundamental na prática da obstetrícia contemporânea, ao concebê-la como capaz de fazer escolhas, de ter envolvimento e controle sobre todos os aspectos de seus cuidados na gestação, parto e pós parto, incluindo o relacionamento com a enfermeira ou obstetrix. Nos modelos de cuidado centrado na mulher, preconiza-se a continuidade do profissional responsável do cuidado para que as relações de confiança possam ser efetivamente cultivadas (BRADY et al., 2019).

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto corrobora com a visão do cuidado centrado na mulher e recomenda que as mulheres em trabalho de parto sejam tratadas com respeito, recebam informações baseadas em evidências científicas e sejam incluídas na tomada de decisão. Dessa forma, é imprescindível que os profissionais da assistência estabeleçam uma relação aberta com essas mulheres, compreendendo seus desejos e expectativas ao prestarem o cuidado (BRASIL, 2016).

Destaca-se que as mulheres com mais instrução e nível socioeconômico estão mais propensas a receber melhores tratamentos no seu atendimento obstétrico, pois tendem a estar

mais preparadas para exigir que suas escolhas sejam valorizadas e atendidas. Já aquelas que possuem menos escolaridade e poder aquisitivo estão mais suscetíveis a serem marginalizadas pelos profissionais de saúde, predispondo-se a assumir comportamentos de aceitação dos maus-tratos e menor capacidade de enfrentá-los (AFULANI et al., 2019). Tal situação exige capacitação da equipe e mudanças estruturais nas instituições e na sociedade, a fim de promover melhorias na assistência e favorecer ao empoderamento feminino dessas mulheres com condições sociais desfavoráveis.

O modelo assistencial vigente no Brasil está em transição e convive com situações de baixa qualidade da assistência prestada, excessivas intervenções, desrespeito à fisiologia do parto, desvio no enfoque nas necessidades da mulher e profissionais indiferentes às suas crenças e valores. Quando o cuidado não é centrado na pessoa, a mulher adota um comportamento passivo devido à falta de conhecimento, o que dificulta a sua participação na tomada de decisões (SODRÉ; MERIGHI; BONADIO, 2012).

A Teoria Humanística de Enfermagem aplicada na assistência ao parto é um referencial para a prática sistematizada, e objetiva uma assistência efetiva e segura, contribuindo com alicerces necessários ao fortalecimento e com o resgate da essência do cuidado da enfermagem (COELHO; VERGARA, 2015). Além disso, o cuidado centrado na mulher é um princípio da qualidade da assistência, na qual a mulher é capaz de fazer escolhas, estar envolvida e exercer o controle sobre os seus cuidados. Para isso, o profissional deve ser respeitoso e interagir de modo autêntico (LEAP, 2013).

Estudos internacionais apontam a relação profissional-paciente como a essência de modelo de cuidado centrado na mulher (MEAD; BOWER, 2002), sobretudo pela necessidade de reconhecer a subjetividade envolvida nessa relação frente à construção de aliança terapêutica (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016; OLSSON et al., 2013). A relação profissional-paciente tem elementos centrais, como o respeito à escolha dos pacientes e a comunicação efetiva, com destaque para a comunicação aberta, por meio de um fluxo de troca de informações e conhecimento (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016; MEAD; BOWER, 2002; OLSSON et al., 2013).

Nessa direção, a capacitação dos profissionais nos cuidados maternos deve ser incentivada para que eles possam exercer uma interação reflexiva com as mulheres e utilizarem linguagem adequada e menos técnica, principalmente com mulheres de baixo nível escolar (STEEGHS et al., 2019). Os profissionais devem estar aptos a identificar, respeitar, preocupar-se com os valores, preferências e necessidades expressas de forma verbal e não verbal para promoverem o bem estar e o estar melhor da mulher no parto (OLSSON et al., 2013).

O cuidado centrado requer a formação de relacionamentos terapêuticos entre profissionais, cliente e familiares por meio de relações construídas na confiança mútua, compreensão e compartilhamento de conhecimento coletivo (DEWING, 2004). Portanto, esse relacionamento só se efetiva quando se forma o vínculo e a relação genuína entre a mulher e o profissional do cuidado para o desenvolvimento potencial do ser cuidado.

A Teoria Humanística de Enfermagem visa responder as necessidades humanas e transcender o paradigma biomédico e a fragmentação da assistência por meio do diálogo verdadeiro e genuíno para compreender o vivido e as demandas da parturiente com o compromisso autêntico de “estar com” e “fazer com” (COELHO; VERGARA, 2015).

Na atenção à saúde materna, a qualidade do cuidado oferecida às mulheres pelos profissionais de saúde deve contemplar os princípios humanísticos ancorados nos direitos dos usuários e na abordagem biopsicossocial (GIRALDO-GARTNER et al., 2016), além de valorizar a relação empática e respeitosa e a participação das usuárias na tomada de decisões (SIOUTA, 2016).

Corroborando, Maputle e Donavon (2013) descreveram o cuidado centrado na mulher como um processo no qual a mulher tem controle, faz escolhas e se envolve em todos os aspectos do seu cuidado. A partir de uma análise conceitual, os autores identificaram os seguintes atributos essenciais desse cuidado: a) participação mútua, compartilhamento de responsabilidades, colaboração interdependente e cooperação entre a mulher e o profissional que atende o parto; b) capacitação e compartilhamento de informações completas e imparciais para facilitar a participação, escolhas e tomada de decisão informadas, necessárias à autonomia feminina; c) comunicação e escuta por meio do relacionamento sem julgamentos e baseado em opiniões honestas, respeito e escuta da mãe; d) ações amistosas dos profissionais para reconhecer os fatores culturais influentes e o apoio às escolhas da mulheres, além de maximizar os recursos humanos e materiais, com equipe adequada formada por profissionais competentes para prestar cuidados e garantir a privacidade e a presença de acompanhante durante o parto (MAPUTLE; DONAVON, 2013).

De acordo com o estudo de Steeghs et al. (2019), o cuidado centrado no cliente ou na mulher ganhou ênfase com as iniciativas de melhoria da assistência materna, envolvendo a ampliação do foco no cliente e o entendimento de suas perspectivas. Os serviços de cuidados primários foram melhor avaliados pelas mulheres, em comparação aos hospitais secundários e terciários, em relação ao foco no cliente, uma vez que levaram em consideração seus pontos de vista, comunicaram-se abertamente, demonstraram atitude solidária, além de prestarem cuidados contínuos.

Neste ínterim, o cuidado deve ser responsivo aos desejos e necessidades relacionadas com o cliente, a interação, o profissional e a organização. Para tal, os autores propõem a capacitação profissional quanto à interação reflexiva por meio da aquisição de habilidades relacionais e reflexão, dentro de um sistema de cuidado flexível que tem abertura para se ajustar aos desejos e às necessidades específicas da mulher que vivencia o parto (STEEGHS et al., 2019).

Para viabilizar as transformações da assistência materna brasileira na direção do cuidado humanizado com enfoque na mulher, representantes do movimento feminista, profissionais da saúde e defensores dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, se destacando pelas críticas ao modelo obstétrico impessoal, intervencionista e com situações de violência no parto, e luta pelo empoderamento feminino (REIS et al., 2017).

Uma figura expoente nesse movimento de mudança é o proeminente obstetra francês Michel Odent, em virtude de estimular o enfoque nas necessidades básicas das mulheres no trabalho de parto, propor mudanças na ambiência institucional, defender a redução das intervenções desnecessárias e destacar os cuidados que favorecem a fisiologia do parto. Odent (2001) postula que o neocortex é a parte do cérebro racional e que as mulheres precisam ser protegidas da estimulação neocortical no parto. Essa estimulação ativa a medula adrenal para secretar catecolaminas, como a adrenalina e noradrenalina, que provocam a liberação do cortisol e bloqueiam a liberação da ocitocina endógena necessária para evolução do parto, além de causarem o aumento da pressão arterial e a aceleração da frequência cardíaca (GUYTON; HALL, 2006).

A ocitocina é um hormônio produzido pelo hipotálamo e fica armazenada na hipófise posterior. Quando há aumento nos níveis de adrenalina, a ocitocina é inibida. Quando a ocitocina atua no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, há diminuição do cortisol, e sua resposta frente ao estresse é a dor (TRACYA et al., 2015). A ocitocina tem um importante papel na fisiologia do parto pela sua atuação na contração da musculatura lisa uterina, como o estímulo e regulação das contrações uterinas, bem como na promoção da contração das glândulas mamárias para ejeção do leite durante a amamentação (GUYTON; HALL, 2006).

Ademais, a ocitocina exerce ainda um importante papel nas relações e formação de vínculos sociais, como no afeto, nas amizades e no amor, pois opera como modulador do sistema límbico, situado em torno da amígdala cerebral, que está relacionado com os comportamentos sociais, emocionais e na criação do vínculo maternal em mamíferos, atuando inclusive com a relação sexual (TRACYA et al., 2015).

O conhecimento dessa fisiologia hormonal no parto possibilita ao profissional de saúde atuar na promoção de um ambiente acolhedor e seguro para a mulher no parto e nascimento. Diante disso, o profissional deve atuar de forma a evitar conversas desnecessárias, promover um local com baixa iluminação para reduzir “a sensação de ser observada”, conseqüentemente, aumentando a percepção de segurança, colaborando para redução da dor e do medo, estimulando a produção endógena de ocitocina, favorecendo a evolução do parto, além de propiciar o cuidar centrado na pessoa da mulher no parto (ODENT, 2001).

Contudo, tais medidas corroboram para o desenvolvimento de uma atmosfera facilitadora da promoção do cuidado com ênfase na qualidade do encontro com a mulher. Lundgren et al. (2019) consideram que as enfermeiras obstétricas e as obstetizes utilizam estratégias baseadas na individualidade da mulher no parto, que incluem a informação e cooperação entre a mulher e seu parceiro, com enfoque no que é importante nesse momento e no respeito à mulher. Essas profissionais utilizam um conhecimento fundamentado, valorizam a reciprocidade no relacionamento e criam um clima favorável ao parto. Apesar dos profissionais de saúde e gestores manifestarem interesse em utilizar o modelo de cuidado obstétrico centrado na mulher, entretanto, ainda existem barreiras ao uso do modelo, como excessiva carga de trabalho e estresse.

Para Fontein-Kuipers, Groot e Van Staa (2018), o cuidado centrado na mulher está fortemente associado à dignidade humana e, portanto, fundamentalmente conectado com o seu caráter humanístico. A ausência de modelo pode fazer com que enfermeiras e obstetizes vivenciem conseqüências negativas na sua motivação para prestar cuidados obstétricos e cheguem até a abandonar a profissão pela falta de tempo para se dedicar aos cuidados de qualidade para as mulheres e suas famílias.

Ao buscar o cuidado humanístico, a enfermeira deve estar por inteira, se colocar disponível e efetuar uma escuta ativa para compreender a parturiente. Para tal, essa profissional prepara a sua mente para o encontro com a mulher, abrindo-se à experiência de encontrar o “outro” como um ser único e indivisível. Assim, ela trabalha o seu “EU”, confronta os seus valores morais e éticos e a sua capacidade de assumir atitudes mais humanas, abrindo-se para o desconhecido e colocando-se disposta para ser surpreendida (COELHO; VERGARA, 2015). Assim, o cliente não é um objeto (EU-ISSO) nesse encontro, e na relação de sujeito para sujeito (EU-TU) que é possível obter o conhecimento do outro em suas particularidades e unicidade, ajudando-o a viver melhor, com autonomia, escolha e responsabilidade (MERCÊS; ROCHA, 2006).

Os cuidados de enfermagem centrados na pessoa implicam no trabalho de envolvimento com crenças e valores do cliente, a presença solidária e o compartilhamento da tomada de decisões frente as necessidades físicas da pessoa. Esses atributos são os componentes estruturais do enfoque no cliente e descrevem a enfermagem centrada na pessoa no contexto da prática assistencial (McCORMACK; McCANCE, 2006).

Por conseguinte, a enfermagem centrada na mulher tem o potencial de melhorar a segurança e eficácia clínica, elevar os níveis de satisfação das usuárias dos serviços de saúde por meio do conhecer bem o cliente, compreender as suas necessidades, expectativas e preferências, assim como por estabelecer uma relação terapêutica eficaz (BOLSTER; MANIAS, 2010). Para esse fim, o plano de cuidados é essencial na operacionalização dos processos sistemáticos e no alcance dos resultados efetivos e eficazes da assistência centrada na pessoa.

McCormarck e McCance (2017) apontam duas estruturas conceituais abstratas que delinearão as relações específicas entre os constructos do cuidado com a centralidade na pessoa. A estrutura centrada na pessoa compreende quatro construtos: os *pré-requisitos*, os atributos da enfermeira; o *ambiente de cuidado*, o contexto no qual o cuidado prestado; os *processos centrados na pessoa*, as atividades desenvolvidas durante a prestação de cuidados; e os *resultados esperados*, no qual aborda os efeitos possíveis de serem alcançados na enfermagem centrada na pessoa.

Para efetivar esse modelo de cuidado, a enfermeira deve apresentar quatro pré-requisitos: competência profissional; desenvolvimento de habilidades interpessoais; compromisso com o trabalho e clareza de crenças e valores. A avaliação desses pré-requisitos ou atributos profissionais no processo de cuidado favorece a identificação de barreiras para a implementação de mudanças que corrobora para efetivar um melhor cuidado (McCORMACK; McCANCE, 2006; 2017).

Ao fim da descrição dos atributos e características da abordagem assistencial com centralidade na pessoa, percebe-se que há interseções nos valores e conceitos da abordagem terapêutica elaborada por Carl Rogers e da prática de enfermagem centrada na pessoa de McCormack e McCance com os pressupostos teóricos da Teoria Humanista de Enfermagem de Paterson e Zderad, como estão apresentados no Quadro 3.

Quadro 4 – Correlação dos principais conceitos da Abordagem Centrada na Pessoa e da Prática de Enfermagem Centrada na Pessoa com os pressupostos da Teoria Humanística de Enfermagem.

Carl Rogers (ROGERS, 2004; RENTE, 2018)	McCormarck (2006) McCormarck e McCance (2017)	Paterson e Zderad (1979)
O indivíduo não é paciente, mas uma pessoa humana e autônoma .	A pessoa é vista de forma biopsicossocial e espiritual .	A pessoa é vista como cliente a partir de um olhar biopsicossocial e espiritual em um encontro exclusivo proporcionado pelo diálogo vivido.
Visão holística do indivíduo – valorização da capacidade de autodesenvolvimento da pessoa a partir de suas experiências subjetivas.	As intervenções do cuidado devem ser individualizadas e as necessidades e preocupações valorizadas . Trabalhar com as crenças e valores dos pacientes reforça um dos princípios fundamentais da enfermagem centrada na pessoa.	Visão holística – valorização da capacidade de estar bem, de estar melhor e o vir a ser (processo para alcançar o melhor que é possível).
Não-diretividade – atribuição ao outro da responsabilidade por percorrer seu próprio caminho em direção ao crescimento.	Reconhece o indivíduo como um ser capacitado para a tomada de decisão de forma compartilhada. As visões subjetivas dos pacientes sobre suas vidas devem ser respeitadas na tomada de decisão.	Reconhece que o indivíduo tenha autodeterminação, livre escolha e a auto responsabilidade . A cliente necessita ter informações, através das relações, para, assim, fazer sua própria escolha.
Aceitação Incondicional – postura do terapeuta de aceitar que o cliente com seus sentimentos, emoções, raciocínio e modo de vida.	O respeito pelos valores é fundamental para a prática centrada na pessoa. Há necessidade de equilibrar os valores do cliente e da instituição na prestação do cuidado.	Diálogo vívido envolve o encontrar, relacionar e estar presente para alcançar a compreensão do significado da experiência do outro para juntos planejar o cuidar de forma holística.
Empatia – capacidade de compreender o outro, se colocar no seu lugar, entender e incorporar suas questões, angústias, dúvidas e ponto de vista ao encarar o problema exposto.	Presença simpática – um engajamento que reconhece a singularidade e o valor do indivíduo respondendo adequadamente a dicas que maximizam os recursos de enfrentamento através do reconhecimento de agendas importantes na vida diária.	Despir-se de pré-julgamentos , estar disponível escutando e valorizando expressões e sentimentos do cliente para aumentar a capacidade de fazer escolhas responsáveis para “o vir a ser” da cliente.
Autenticidade – transparência no contato terapêutico com o cliente por meio da postura empática e atitude do terapeuta em expor seus sentimentos e impressões sobre a situação colocada, possibilitando o cliente refletir e observar o problema de um ângulo diferente.	A consciência autêntica não é uma ordenação hierárquica de possíveis desejos, mas uma clarificação de valores para maximizar o potencial de crescimento e desenvolvimento.	A singularidade de cada ser é atualizada quando nos relacionamos com autenticidade e assim a saúde é alcançada. A saúde é experimentada no processo de viver, de estar envolvido. Quando nos relacionamos com autenticidade , a saúde é “atualizada”.

Fonte: A autora, 2020.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: TEORIA HUMANÍSTICA DE ENFERMAGEM DE JOSEPHINE PATERSON E LORETTA ZDERAD

O cuidado humanístico é o cerne da enfermagem e corrobora com a qualidade e a segurança da assistência à saúde. Esse modelo é coerente com o cuidar norteado pelo processo fisiológico, com a experiência subjetiva e com a relação respeitosa entre a mulher e o profissional de enfermagem. Assim sendo, a Teoria Humanística de Enfermagem, de Josephine Paterson e Loretta Zderad, é capaz de sustentar a análise do objeto de pesquisa desta dissertação, e sua escolha foi fundamentada pelo fato do paradigma humanístico nortear seus valores e pressupostos e pela convergência com as proposições do cuidado centrado na pessoa ou na mulher (BOSCARD et al., 2016).

As enfermeiras Josephine Paterson e Loretta Zderad se conheceram na década de 1950, quando trabalhavam numa Universidade Católica americana e tiveram a oportunidade de realizar conjuntamente um projeto que sintetizou os componentes da saúde comunitária associado à saúde mental para o programa de graduação na referida universidade. O projeto alicerçou a parceria e amizade entre elas e propiciou o compartilhamento de conhecimentos e conceitos desenvolvidos sob a vertente existencialista, que contribuíram para a elaboração da Teoria Humanística de Enfermagem (SHITH, 2010).

Essas enfermeiras foram contratadas pela administração do Hospital de Veteranos de Northport, em Nova Iorque, quando atuaram na reorganização administrativa e assistencial da instituição. Nesse momento, tiveram a oportunidade de colocar em prática os seus conhecimentos de pesquisa e implementaram a prática assistencial baseada em uma abordagem tripla, que englobava a prática, a educação e a pesquisa clínica para a melhoria do atendimento ao paciente (HOPKINSON; HALLETT, 2001; KLEIMAN, 2010; MEILES, 2012).

A abordagem foi transformada pela Paterson e Zderad em um curso de enfermagem humanística para enfermeiros que lecionaram por anos. Tal curso culminou na elaboração e publicação do livro *Humanistic Nursing* em 1979, que foi o resultado das experiências e reflexões acerca da prática clínica da enfermagem. Nesse livro, foi descrito o método de investigação baseado na abordagem fenomenológica que sensibiliza a enfermagem a atuar mediante ao cuidado como encontro criativo, conducente ao universo subjetivo do outro e que valoriza a essência humana (HOPKINSON; HALLETT, 2001; KLEIMAN, 2010; MEILES, 2012; PRAEGER, 2000).

A Teoria Humanística de Enfermagem é uma filosofia para a enfermagem, que direciona a forma de praticá-la, além de ser um método para a pesquisa da prática da enfermagem que

guia a assistência da enfermeira. Essa teoria está baseada em dois conjuntos de ideias. O primeiro abarca a ideia existencial de pessoa que tem autonomia e liberdade de escolha dentro dos limites de ações impostas pelas circunstâncias. O segundo contempla a visão de mundo na qual a realidade é considerada relativa, subjetiva e, portanto, diferente para cada pessoa, cabendo a cada enfermeiro descobrir as suas próprias formas de explorar a experiência do outro e ajudá-lo no seu bem-estar (HOPKINSON; HALLETT, 2001).

Assim sendo, como uma pessoa única, cada indivíduo possui uma visão particular e pela qual vê, ouve, sente, percebe e experimenta o mundo, além de criar uma interpretação para os significados acerca desse mundo. Através dessa visão individual, os indivíduos têm o potencial de vivenciar uma experiência autêntica, experimentar as visões de mundo particulares e ter a consciência de si mesmas no mundo, conforme os relacionamentos são estabelecidos e compartilhados com outras pessoas (KLEIMAN, 2010; WU; VOLKER, 2012).

A Teoria Humanística de Enfermagem pressupõe que a enfermagem é um processo essencialmente interativo que se estabelece no encontro entre dois seres humanos, visto que um necessita ser cuidado e o outro está empenhado em cuidar. Essa teoria é interativa e multidimensional ao abarcar a dinâmica envolvida no ser, tornar-se e mudar, fornecendo um caminho metodológico para a prática, bem como o diálogo vivido no âmbito do cuidado de enfermagem (KLEIMAN, 2010; OLIVEIRA; SALVADOR; SANTOS, 2012; ROLIM; PAGLIUCA; CARDOSO, 2005;).

Por conseguinte, a enfermagem humanística é definida como um tipo especial de encontro vívido e dialogado que tem como característica a valorização da interação humana, a qual determina de forma singular o significado de experimentar o mundo de cada indivíduo, através de uma relação sujeito-sujeito (Eu-Tu) marcada pelo diálogo intuitivo e intersubjetivo numa experiência verdadeira, na qual cada um reconhece a singularidade do outro e promove uma resposta confortadora marcada pela presença autêntica (KLEIMAN, 2010; SILVA et al., 2007).

A Teoria Humanística tem a influência do humanismo, do existencialismo e da fenomenologia e busca compreender o significado da essência e situação humanas como experiências individuais do ser, juntamente com suas diferentes dimensões no espaço e tempo vividos. As teóricas também buscaram ampliar a compreensão da vida e dimensões do ser humano, numa perspectiva ontológica do que é significativo à vida de cada um, enfatizando a capacidade e liberdade, inerente à pessoa, de efetuar escolhas responsáveis para o seu crescimento e realização (HOGART, 2000; KLEIMAN, 2010; MEILES, 2012; PRAEGER; WU; VOLKER, 2012).

No alicerce do humanismo está o pilar que direciona a implementação dos princípios do cuidado em todos os níveis da enfermagem, se afastando das abordagens focadas na doença. Nesse contexto, a saúde sob o enfoque humanístico está assentada em uma perspectiva centrada na pessoa que enfatiza o crescimento e o respeito pelos indivíduos, além do estímulo à autodeterminação, à livre escolha e à autorresponsabilidade (BOSCART et al., 2016; PAGLIUCA; CAMPOS, 2003; SILVEIRA; FERNANDES, 2007).

Nessa perspectiva, no mundo e diante dos outros, o homem encontra a intencionalidade de suas atitudes por meio de uma dualidade representada pela relação do EU-TU e EU-ISSO. A relação EU-TU é vivenciada pelo ser humano em sua totalidade, uma vez que a proximidade, o encontro e a presença os colocam em um mundo compartilhado e possibilita ao EU ser-com o TU, ao passo que o EU-ISSO remete ao distanciamento do TU e à aproximação do mundo, o ISSO, ou seja, a experiência vivida (BARTHOLO JUNIOR, 2001; PAGLIUCA; CAMPOS, 2003; SILVEIRA; FERNANDES, 2007).

O EU-TU representa uma relação sujeito-sujeito na qual os seres estão abertos a compartilhar a experiência existencial. O EU-ISSO remete ao relacionamento sujeito-objeto por meio do qual o ser utiliza-se do outro. É importante compreender que ambos os modos de relação são essenciais para a existência genuína (BARTHOLO JUNIOR, 2001; PAGLIUCA; CAMPOS, 2003; SILVEIRA; FERNANDES, 2007).

Assim sendo, o contato entre cliente e enfermeira não é um encontro fortuito, mas uma relação que implica em um chamado e uma resposta intencionais. Mais do que uma conversa entre duas pessoas, é um relacionamento de um verdadeiro partilhar, uma transação intersubjetiva, isto é, a relação de um indivíduo único (EU-Enfermeira) com outra pessoa também única (TU-mulher) que cria um compromisso autêntico que direciona a enfermagem para o objetivo de nutrir o potencial humano da mulher (MÊRCES; ROCHA, 2006; SILVEIRA; FERNANDES, 2007; WU; VOLKER, 2012).

Josephine Paterson e Loretta Zderad consideram que a enfermagem se desenvolve a partir de uma experiência existencial. A enfermeira, após vivenciar essa experiência, reflete sobre a mesma e elabora os chamados e as respostas que emergirão da experiência, da relação e do conhecimento adquirido decorrente. Essa experiência significa que o conhecimento humano, do eu e do outro, corresponde a uma forma de reconhecimento da singularidade a partir do outro para alcançar o bem-estar e o estar melhor (OLIVEIRA et al., 2006; SILVA, 2013).

Os conceitos gerais ou metaparadigmas da Teoria Humanística de Enfermagem são: ser humano/pessoa, ambiente/sociedade, saúde e enfermagem. O ser humano é representado pela

cliente e enfermeira; o ambiente representa o *locus* onde ocorre a situação humana no espaço e tempo, o mundo real de homens e coisas; a saúde corresponde à busca do bem-estar e estar melhor e a Enfermagem é a própria transação intersubjetiva no diálogo vivido (PRAEGER, 2000).

Portanto, o marco de referência da teoria humanística está nas relações, por meio das quais a práxis de enfermagem existe e se desenvolve. Numa relação genuína é preciso conhecer a mulher em sua individualidade e, para isso, a teoria nos guia aos seus elementos primordiais, que são: o **encontro**, que corresponde à reunião de seres humanos com expectativa de que haverá uma pessoa para ser atendida e outra para atender; a **presença**, compreendida como a qualidade de estar aberto e receptivo para o outro; e cada um vai em direção ao outro para viabilizar a presença autêntica a partir da relação de **chamada e resposta**, que envolve a comunicação interativa, que pode ser verbal e não verbal (ARAÚJO; FARIAS; RODRIGUES, 2006; MEILES, 2012; PAGLIUCA e CAMPOS, 2003; PRAEGER, 2000).

A presença corresponde a um componente essencial de toda qualidade humanística da relação enfermeira-paciente e sinaliza a atenção que as enfermeiras direcionam à mulher, demonstrando a sua disponibilidade. Essa presença ocorre no “fazer com” e “estar com” exigindo habilidades de observação, escuta ativa, empatia para que ocorra a transação significativa entre o paciente e a enfermeira (BOSCART et al., 2016; POTTER; FRISCH, 2007; ZYBLOCK, 2010).

A enfermeira não pode esquecer que o encontro com a mulher deve ser um momento significativo e ambas são livres para se abrir, se conhecer e interagir uma com a outra. Como todas as interações humanas, o relacionamento é mútuo, determinado e vivenciado de modo diferente por cada pessoa. Portanto, as demandas e necessidades devem ser valorizadas, com compromisso em ajudar, mantido, com conhecimento, habilidade e capacidade de usar os próprios sentidos, sendo esses os atributos necessários para a enfermeira desenvolver a presença genuína para a paciente (ZYBLOCK, 2010).

A enfermagem é um chamado vivo a partir do qual a enfermeira necessita estar atenta às várias formas de comunicação, a verbal e a não verbal, tendo a atenção em percebê-las mesmo quando a cliente está fora do alcance da audição humana, direcionando a sua atenção, presença e toque ao apelo da pessoa sob os seus cuidados (KLEIMAN, 2010; PERSEGONA; ZAGONEL, 2006).

Na abordagem da enfermagem humanística, a enfermeira e a cliente trazem suas próprias perspectivas durante o encontro do cuidado, pois cada ser humano é uma existência singular, com sua história e vivência particulares. Além disso, essa profissional deve manter a

consciência e respeito aos valores pessoais, crenças e preconceitos que todos trazem no encontro de uma pessoa com a outra, assim como valorizar a empatia (KLEIMAN, 2010; PERSEGONA; ZAGONEL, 2006; WU; VOLKER 2012).

No esquema sinóptico, apresentado na Figura 2, delinea-se o chamado que acontece a partir da paciente em busca de ajuda da enfermeira, em seguida acontece o diálogo entre elas, que possibilita a relação genuína. A enfermeira reconhece e responde ao chamado, para viver o encontro fortuito, desenvolvendo uma escuta ativa com disponibilidade, empatia, presença e toque. A relação entre a enfermeira e a paciente acontece. Por conseguinte, a enfermeira atua promovendo a “nutrição” como resposta ao chamado, neste momento as duas juntas definem a melhor resposta para a necessidade apresentada, a fim de ser e torna-se melhor.

Figura 2 – Estrutura sinóptica da teoria de Paterson e Zderad.



FONTE: Autora (2020).

A partir do chamado e da resposta, a cliente é orientada pela enfermeira acerca das possibilidades e toma consciência da autorresponsabilidade, autodeterminação e livre escolha necessárias ao seu bem-estar e estar melhor, modificando sua situação atual. Portanto, os seres humanos têm capacidade e liberdade inerentes de escolher e responder às situações que encontram (WU; VOLKER, 2012).

Destaca-se que a enfermeira e a cliente são seres humanos únicos, com sua Gestalt particular. A Gestalt representa tudo o que é particular no ser humano, suas experiências passadas e o *ser* atual, suas esperanças, sonhos, medos do futuro, incluindo as relações sociais passadas e atuais determinadas pelo gênero, raça, religião, educação, trabalho e padrões que a pessoa desenvolveu, bem como as experiências vividas no âmbito da saúde. A Gestalt corresponde a expressão única de nossa individualidade como seres humanos que existem em um espaço-tempo particular (KLEIMAN, 2010).

A cliente escolhe se relacionar com a enfermeira e tem a intenção de comunicar e negociar os cuidados de que necessita para atingir o seu bem-estar e estar melhor. Nesse percurso, ocorrem incontáveis experiências no cuidado de enfermagem até a transformação do estado de saúde. Por outro lado, não cabe à enfermeira pensar para a paciente; devem juntas, vivenciar essa experiência de transformação (BOSCART et al., 2016; SILVA, 2013).

O diálogo ocorre no estar com a outra pessoa durante o cuidado, no encontro e na relação de sujeito para sujeito, possibilitando conhecê-la em suas particularidades, oferecer uma assistência individualizada e ajudá-la a ser e a viver da melhor, com autonomia e responsabilidade (MERCÊS; ROCHA, 2006; BOSCART et al., 2016).

É nesse diálogo que a enfermagem desenvolve a experiência intersubjetiva e potencializa suas habilidades de observação, escuta e empatia. E, para facilitar esse envolvimento, faz-se necessário utilizar empatia, toque terapêutico e controlar a entonação da voz estrategicamente, para promover um ambiente seguro, imparcial e favorável, onde a mulher assistida também esteja presente em sua totalidade, entendendo que é capaz de tomar decisões autônomas (ARAÚJO; FARIAS; RODRIGUES, 2006; LÉLIS; PAGLIUCA; CARDOSO, 2014; PAGLIUCA; CAMPOS, 2003; PRAEGER, 2000).

Portanto, a enfermagem é uma jornada incrível e compromissada com a nutrição do bem-estar e do tornar-se melhor na mulher que vivencia o parto por meio do processo de pensamento que guia a enfermeira e a cliente em direção ao compartilhamento de experiências e à interação durante a prática do cuidado.

2.1 Processo metodológico da pesquisa conforme as fases da Teoria Humanística de Enfermagem

A opção pela abordagem qualitativa tem coerência com o objeto de estudo por ser um fenômeno que emergiu de uma situação natural da realidade complexa e rica em dados. Essa abordagem visa compreender os fenômenos da realidade social, além de responder os problemas que não podem ser quantificáveis por serem intrinsecamente subjetivos (MINAYO, 2007).

Já o tipo descritivo de pesquisa se deu pela intenção da descrição do fenômeno estudado nesta dissertação a partir de análises empíricas e teóricas. Esse tipo de pesquisa utiliza procedimentos específicos para coleta de dados, com o propósito de produzir categorias conceituais ou explicativas (LAKATOS; MARCONI, 2003).

As teóricas Josephine Paterson e Loretta Zderad propõem a compreensão e descrição das situações de enfermagem vivenciadas pelos indivíduos em sua essência no mundo subjetivo-objetivo. Para tal, a enfermagem humanística contempla cinco fases: 1) preparação da enfermeira para vir a conhecer; 2) a enfermeira conhece intuitivamente a outra; 3) a enfermeira conhece cientificamente a outra; 4) a enfermeira sintetiza de forma complementar as realidades conhecidas; 5) a sucessão interna de muitos para a unidade paradoxal (KLEIMAN, 2010; OLIVEIRA; SALVADOR; SANTOS, 2012; ROLIM; PAGLIUCA; CARDOSO, 2005).

A seguir, cada fase da teoria está apresentada com a descrição dos seus procedimentos correspondentes.

2.1.1 Primeira Fase: Preparação da enfermeira para vir a conhecer.

A enfermeira/pesquisadora se preparou, de forma introspectiva e cientificamente, para iniciar a investigação do fenômeno. Nesta etapa de preparação, buscou-se conhecimento técnico e científico para desenvolver o processo intelectual que culminou na descrição dos capítulos anteriores a introdução, a revisão de literatura e o referencial teórico-metodológico, que permitiu estabelecer o planejamento e execução das estratégias necessárias à produção de dados e, assim, responder os objetivos desta dissertação. Assim sendo, foi realizada a aproximação com a equipe de enfermagem participante da pesquisa, seguindo as etapas elencadas a seguir.

O campo de coleta de dados foi uma maternidade terciária, vinculada ao hospital de ensino situado no município do Rio de Janeiro. O prédio dessa maternidade foi inaugurado em 2 de junho de 2006 e a instituição funciona de maneira integrada a esse hospital. A maternidade conta, atualmente, com 10 leitos de gestantes, 08 leitos no alojamento conjunto, 04 leitos na Unidade de Cuidados Especiais, 04 leitos de pré-parto, 02 salas de parto, 02 salas de cirurgia e 02 leitos de recuperação pós-anestésica.

A escolha do cenário da pesquisa se deu em virtude de ser uma unidade de referência para o ensino, a assistência e a pesquisa em enfermagem na área da atenção obstétrica. Contudo, a maternidade estava com diminuição no número de leitos e redução de pessoal ativo para a assistência na ocasião da coleta de dados, de julho a agosto de 2020, quando a pandemia da Covid-19 estava no seu primeiro ano.

Os participantes da pesquisa foram 20 profissionais da equipe de enfermagem, representados por 11 técnicas de enfermagem e 09 enfermeiras que atuam nos cuidados diretos às mulheres no centro obstétrico e no alojamento conjunto da instituição.

A escolha por esses setores da maternidade foi motivada pela presunção de que os espaços de cuidado do centro obstétrico e alojamento conjunto atendem melhor os propósitos da pesquisa, por serem locais onde a enfermagem tem maior interação e permanência com as mulheres durante os cuidados.

Os critérios de inclusão adotados foram: profissionais da equipe de enfermagem que executam cuidados às mulheres no período do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no centro obstétrico e alojamento conjunto. Os excluídos foram os profissionais da equipe com vínculo empregatício há menos de dois anos na instituição, em processo de qualificação por programa de residência e com afastamento do trabalho durante o período de coleta de dados.

As profissionais de enfermagem entrevistadas foram, em sua totalidade, do sexo feminino, pois, nos setores selecionados para pesquisa, só há a atuação de 01 homem em cada setor e eles não puderam participar da pesquisa em razão de licença médica.

A seguir são elencadas as especificações socioprofissionais da equipe de enfermagem participante na pesquisa no quadro 4. O detalhamento do perfil socioprofissional de cada entrevistada está disponível no Quadro 6 no Apêndice C.

Quadro 5 – Frequência absoluta das participantes segundo suas características socioprofissionais.

Característica	Categoria profissional	
	Enfermeiras (n=9)	Técnicas de enfermagem (n=11)
Faixa etária (anos)		
30 - 39	2	4
40 - 49	5	6
50 - 59	1	1
Mais de 60	1	
Grau de instrução		
2º grau		2
Graduação		4
Especialização	6	5
Mestrado	3	
Atuação profissional (anos)		
2 - 10		5
11 - 20	5	4
21 - 30	4	2

Fonte: Autora, 2020

2.1.2 Segunda Fase: A enfermeira conhece intuitivamente o outro.

Nesta fase, a enfermeira/pesquisadora realizou a aproximação propriamente dita das participantes no cenário de pesquisa, despiu-se de preconceitos e pré-julgamentos, tentando captar todas as nuances do que era abordado de forma verbal ou não verbal. Esse foi o momento do encontro que permitiu o diálogo e o estabelecimento da relação EU-TU em uma relação transacional com demonstração de empatia para conhecer o outro (LÉLIS; PAGLIUCA; CARDOSO, 2014).

Previamente, a pesquisadora realizou uma reunião com a chefia da maternidade para explicar os objetivos da pesquisa e, assim, definir as estratégias para a coleta de dados, como a definição do melhor local ou sala para realização das entrevistas. Após essa conversa, foram realizados encontros com as equipes de enfermagem segundo os turnos plantões de trabalho, a fim de explicar a proposta da pesquisa e sensibilizá-las para participação na mesma, permitindo o agendamento das entrevistas com as técnicas de enfermagem e as enfermeiras que atendiam aos critérios de seleção.

Subsequentemente, a pesquisadora realizou levantamento do quantitativo de profissionais da enfermagem na instituição, segundo a lotação, escala de serviço e tempo de vínculo profissional, o que permitiu determinar o quantitativo dos profissionais elegíveis a participar do estudo.

A maternidade dispunha de 23 profissionais escalados no Centro Obstétrico, sendo 11 enfermeiras e 12 técnicas de enfermagem, mas 5 deles estavam em afastamento do serviço, perfazendo 18 profissionais elegíveis neste setor para participar da pesquisa, sendo 7 enfermeiras e 11 técnicas. No Alojamento Conjunto existiam 18 trabalhadores, sendo 6 enfermeiras e 12 técnicas de enfermagem, mas 7 profissionais estavam afastados do trabalho, implicando em 11 profissionais disponíveis para entrevista, 3 enfermeiras e 8 técnicas.

A seleção desses elegíveis se deu a partir do maior tempo de atuação na instituição, ou seja, o convite para participar da pesquisa seguiu um ordenamento pelo tempo de trabalho. Os profissionais mais antigos foram os primeiros a serem convidados e os últimos, aqueles com no mínimo dois anos completos de vínculo trabalhista com a maternidade. Em observância aos critérios de seleção pré-estabelecidos, foram excluídos 11 profissionais. Não houve recusa de participação no estudo.

A técnica de coleta de dados foi a entrevista individual, norteada por roteiro semiestruturado (APÊNDICE A). Esse roteiro apresentava uma sequência sistematizada de perguntas ou itens que possibilitaram que ele fosse um guia para a entrevistadora alcançar os

objetivos da pesquisa, de forma a conferir mais flexibilidade às conversas, absorção de novos temas e questões relevantes trazidas pelo informante (LAKATOS; MARCONI, 2003).

O roteiro de entrevista foi constituído por duas partes, sendo a primeira formada por questões que visavam estabelecer o perfil socioprofissional dos participantes, enquanto a segunda contemplou as perguntas abertas e tópicos relevantes para a produção de dados da pesquisa propriamente dita. Esse roteiro foi previamente testado e as entrevistas-piloto, com profissionais experientes que não faziam parte do grupo selecionado, por essa razão foram descartadas.

As entrevistas foram gravadas pela própria pesquisadora em gravador digital (MP4) em um local previamente definido e reservado no setor de trabalho da equipe de enfermagem, a fim de facilitar a acústica e a dinâmica de condução das entrevistas. O tempo de duração das entrevistas variou de 20 minutos a 1h30min., com tempo médio 30 minutos.

A enfermeira/entrevistadora estabeleceu o diálogo com as profissionais no momento das entrevistas com a finalidade de conhecer suas visões de mundo frente ao fenômeno estudado. As entrevistas se desenvolvessem de forma natural, respeitando as preferências, escolhas e singularidade de cada uma delas. Esse momento exigiu o foco de ambos os envolvidos nas respostas às questões apresentadas para o alcance do objetivo da pesquisa, mas também proporcionou a reflexão sobre os tópicos e aspectos explorados nas entrevistas.

O presente estudo respeitou as legislações de ética em pesquisa em seres humanos e obedeceu aos termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. A coleta de dados foi iniciada após a autorização da Comissão de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com parecer sob o nº 3.963.034. As entrevistas ocorreram mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes (APÊNDICE B). Em observância a esses ditames legais, os participantes foram designados pela sua função ou categoria de enfermagem e segundo a ordem da entrevista, representada pela letra E, a exemplo: Técnica de Enfermagem-E1, Enfermeira-E2, assim por diante.

2.1.3 Terceira Fase: A enfermeira conhece cientificamente o outro.

Após vivenciar a presença, a relação EU-TU, no encontro entre os seres humanos, os depoimentos da outra pessoa passam a ser interpretados como um objeto de análise, estabelecendo-se a relação EU-ISSO (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010). Dessa forma, por meio do olhar científico, a enfermeira analisa o outro, tentando entender suas falas como um

objeto que pode ser classificado, comparado, interpretado, relacionado, denominado e categorizado (LÉLIS; PAGLIUCA; CARDOSO, 2014). E, assim, após o diálogo e a interação durante a produção de dados, a resposta ao problema da pesquisa começa a ser elaborada a partir do referencial da Análise de Conteúdo Temática de Bardin (BARDIN, 2011).

Por conseguinte, as entrevistas foram digitalizadas, transcritas e lidas de modo flutuante, ocorrendo a primeira aproximação com o conjunto de dados em análise. Esse conjunto de documentos foi definido como o *corpus* de análise e, em seguida, passou-se a elaborar os indicadores, a fim de interpretar o material coletado, permitindo sistematizar as ideias iniciais para o plano de análise, baseadas nas seguintes regras: exaustividade (deve-se esgotar a totalidade da comunicação), representatividade (a amostra deve representar o universo), homogeneidade (os dados devem referir-se ao mesmo tema colhidos e obtidos pela mesma pessoa a partir da mesma técnica), pertinência (o conteúdo e objeto da pesquisa deve estar alinhado aos documentos obtidos) e exclusividade (um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria) (BARDIN, 2011).

2.1.4 Quarta Fase: Enfermeira sintetiza complementarmente outros conhecimentos.

Nessa fase, a enfermeira passa da intuição para a análise propriamente dita, ao comparar e sintetizar as múltiplas realidades conhecidas que envolvem o fenômeno apresentado, utilizando estratégias e sua experiência para alcançar a síntese da realidade com uma visão ampliada.

Assim, a exploração do material ocorreu dentro de uma organização sistemática e aprofundada dos dados, a fim de atingir uma transformação dos dados brutos para alcançar o núcleo da compreensão do texto. Em seguida, identificou-se cada Unidade de Registro (UR) para que a pesquisadora entendesse a amplitude e as características do material. A UR é uma unidade a ser codificada e que pode ser um tema, uma palavra ou uma frase, segundo Bardin (2011).

A exploração do material possibilitou a construção das operações de codificação, considerando-se as ideias centrais e os recortes dos textos em UR, a classificação e a agregação das informações em categorias temáticas ou temas. Esse processo acontece após a codificação, quando verifica-se a presença ou ausência de elementos constitutivos da UR, que bloqueiam ou traduzem a vontade escondida, refletindo os tempos dos verbos, advérbios e adjetivos; a direção favorável, neutra ou desfavorável e demais critérios associados (positivos ou negativos); a ordem estabelecida nos registros, ou seja, se o indivíduo A aparece antes do indivíduo B; e, por

fim, a concorrência, caracterizada pela presença simultânea de duas ou mais unidades de registro numa unidade de contexto (BARDIN, 2011).

2.1.5 Quinta Fase: A sucessão interna da enfermeira a partir de muitos para um único paradoxal.

Essa fase exigiu da enfermeira o retorno ao referencial teórico para embasar suas análises e dar sentido à interpretação, uma vez que as interpretações pautadas em inferências buscam o que se esconde por trás dos significados das palavras para apresentar, em profundidade, o discurso dos enunciados (BARDIN, 2011). A partir disso, a pesquisadora aprofundou a reflexão para alcançar a síntese da realidade conhecida sobre o fenômeno estudado, o que culminou na evolução pessoal da enfermeira por meio da fusão do conhecimento intuitivo com o científico ao buscar o significado para o fenômeno, resultando num conhecimento novo e mais abrangente (LELIS; PAGLIUCA; CARDOSO, 2014).

Posteriormente, a enfermeira pesquisadora passou para a inferência e interpretação, quando os resultados brutos são tratados para que sejam válidos e significativos, correspondendo ao destaque obtido por meio das informações fornecidas pela análise e de sua quantificação (frequência). Essa fase da análise propiciou a validação dos significados e a confrontação sistemática dos resultados obtidos com o material pesquisado ao qual culminou a construção da categoria temática que descreve a explicação e compreensão do objeto de pesquisa, que está apresentadas no Quadro 5.

Quadro 5 – Categoria temática: Cuidado centrado na mulher durante o parto na percepção da equipe de enfermagem.

Subcategorias	Codificação – Ideias centrais
Equipe de enfermagem prepara-se para encontrar a mulher	Apropria-se dos conhecimentos Fortalece suas competências profissionais
Equipe de enfermagem conhece intuitivamente a mulher	Acolhe e estabelece a empatia Dialoga e interage com a mulher
Equipe de enfermagem conhece cientificamente a mulher	Reconhece as necessidades integrais da mulher Incentiva a participação paterna e do acompanhante
Equipe de enfermagem compreende as experiências vivenciadas	Estabelece o cuidado humanístico à mulher Orienta o cuidado à saúde materna e ao bebê
A unidade paradoxal revelada: possibilidades e limites do cuidado centrado na mulher	Possibilidades/contribuintes: profissionais qualificados e estimulados, mulher bem-informada, diálogo interprofissional e ambiente privativo Limites: pouca interação entre mulher, acompanhante e equipe, desconhecimento da clientela, atitudes discriminatórias da equipe, ambiente do cuidado desfavorável, limitada comunicação interprofissional e déficit de pessoal.

Fonte: Autora, 2021.

3 CUIDADO CENTRADO NA MULHER DURANTE O PARTO NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Neste capítulo, a categoria temática, ou tema central, “Cuidado centrado na mulher durante o parto na percepção da equipe de enfermagem”, é apresentada a partir de suas subcategorias, resultantes do processo de análise ancorado nas cinco fases da Teoria Humanística de Enfermagem, que visam compreender e descrever as seguintes situações de enfermagem: Equipe de enfermagem prepara-se para encontrar a mulher; Equipe de enfermagem conhece intuitivamente a mulher; Equipe de enfermagem conhece cientificamente a mulher; Equipe de enfermagem compreende as experiências vivenciadas; e A unidade paradoxal revelada: possibilidades e limites do cuidado centrado na mulher.

Essa teoria humanística é considerada uma estrutura que permite descrever as interações dos profissionais de enfermagem com os clientes, que, aqui, são as mulheres que vivenciam o parto. Essas interações são caracterizadas pela abertura, conexão, preocupação, respeito, reciprocidade, competência, tempo e identidade profissional, cujos significados contribuem para a valorização dos relacionamentos e o crescimento pessoal e profissional (MEILES, 2012).

Assim, a enfermagem humanística confere a atividade de cuidar, no qual engloba a possibilidade de ajudar a si e ao outro, para desenvolver o potencial humano, visando promover o bem-estar e o estar melhor por meio da intersubjetividade do encontro de cuidado e de escolhas livres e responsáveis (PAULA et al., 2004).

3.1 Equipe de enfermagem prepara-se para encontrar a mulher

O cuidado de enfermagem ocorre na interação entre a enfermeira e a mulher, quando elas se reconhecem e participam conjuntamente do cuidado. A jornada de ser e tornar-se na enfermagem é delineada por inúmeras experiências fundamentadas no cuidado, que contribuem para evolução profissional, além de melhorar a prática do cuidar (SILVA, 2013).

Apesar do comprometimento profissional ser único em cada enfermeiro, sua presença representa um tipo de “estar com” e “fazer com” que desenvolve o potencial humano para realizar escolhas responsáveis (WU; VOLKER, 2012). Outrossim, os princípios da teoria humanística fornecem uma estrutura de suporte para os enfermeiros se conectarem e descobrirem o seu próprio modo de favorecer o alcance do bem-estar ou estar melhor pelas mulheres que vivenciam o parto.

O cuidado de enfermagem é a essência da profissão e envolve uma série de ações e conhecimentos, necessários para a pessoa que o demanda e para o profissional que o realiza. O cuidado não deve ser visto de modo restrito, como a ação operacional de um procedimento técnico, desprovido de qualquer subjetividade, mas como um cuidar relacional, singular e que envolve a subjetividade, a sensibilidade, a criatividade e a intuição, juntamente com o pensamento crítico e científico, para cuidar do outro ser humano com respeito pela dignidade da pessoa, o ser cuidado. Essa visão ampliada é necessária para que a enfermagem obstétrica incentive a participação ativa das mulheres no trabalho de parto, em associação com o estímulo da fisiologia do parto, da autonomia feminina e de ações promotoras da segurança, bem como da qualidade ao longo do processo parturitivo (DUARTE et al., 2020; SILVEIRA; FERNANDES, 2007).

O cuidar corresponde a um desvelar do ser cuidado e do ser que cuida, com atenção, responsabilidade, respeito e solidariedade. Portanto, a essência do cuidado de enfermagem em obstetrícia é estar à cabeceira da parturiente, se colocando com respeito ao momento vivido pela mulher e indicando uma presença autêntica para estabelecer a interação (SILVEIRA; FERNANDES, 2007).

A Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad dá suporte à prática da enfermeira obstetra por privilegiar a centralidade do seu cuidado na parturiente, com ampliação da competência e crescimento profissionais. A enfermagem humanística requer do enfermeiro o conhecimento aprofundado do ser humano, isto é, de “si” e do “outro” e das relações que os cercam, a partir de um compromisso existencial voltado para entender e valorizar o potencial humano (OLIVEIRA; SALVADOR; SANTOS, 2012).

Portanto, é essencial que o enfermeiro possua preparo profissional para exercer atitudes, habilidades e competências, aliadas a sentimentos, crenças e valores éticos e morais. Desse modo, o embasamento teórico humanístico propõe olhar para a parturiente com empatia e compreensão diante de sua dor, promover a abertura para o diálogo vivido e o encontro verdadeiro, além de buscar ampliar seu nível de conhecimento humanizado, de excelência e de qualidade à assistência da parturiente, ampliando também a possibilidade de refletir sobre a escolha do melhor cuidado com base em evidências científicas (COELHO; VERGARA, 2015).

Nos depoimentos abaixo, a equipe de enfermagem explica que o conhecimento fortalece a sua competência profissional:

Acho que é no dia a dia, a gente discutindo sobre quais são as condutas que a gente deve tomar. Acho que é um aprendizado diário, você não precisa ser especialista de absolutamente nada. Eu nunca trabalhei em uma Maternidade, sempre trabalhei com Terapia Intensiva, com doentes graves. E vim parar aqui. Como desenvolvi essa

habilidade? Estudando, conversando com as pessoas, fazendo cursos de aleitamento. Aí, a gente vai aprendendo no nosso dia a dia como temos que agir, como devemos abordar. Acho que habilidade você adquire através disso. E o conhecimento, a gente teve que estudar, teve treinamento, aí você vai buscando. (Enfermeira - E2)

O conhecimento é adquirido com o passar do tempo, tanto com a prática quanto com a teoria. Você corre atrás. Mas, por exemplo, eu saindo daqui não trabalho com isso lá fora. É diferente das enfermeiras que são obstetras e que dão continuidade a isso [...]. Elas têm conhecimento da maternidade de alto risco e a de baixo risco. Outras têm conhecimento e prática da maternidade de alto risco e do parto domiciliar. Elas cruzam as experiências e isso qualifica o trabalho, porque trazem experiências às vezes de outras unidades que têm trabalhos com perfis diferentes. Aí, faz um parto no chuveiro e fica com tudo sob controle. (Enfermeira - E12)

Então, eu penso que ter conhecimento desse POP [Procedimento Operacional Padrão], pois lá está tudo estabelecido de entre os funcionários da equipe, além de estar disponível e atento as necessidades dessa mulher são fatores que favorecem a implementação do cuidado centrado. (Enfermeira - E18)

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 516/2016 normatiza a atuação e as responsabilidades da enfermeira obstétrica na assistência dentro dos serviços de obstetrícia, casas de parto, centros de parto normal e/ou outros locais onde ocorra a assistência a gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos. As principais competências da enfermeira obstetra são a promoção de cuidado centrado na mulher no processo parturitivo e a promoção de ambiente favorável ao parto e nascimento, com ênfase no cuidado e na evolução fisiológica nesse período, adotando práticas baseadas em evidências científicas (COFEN, 2016).

Contudo, a humanização do parto e nascimento propõe especialmente que os profissionais de saúde respeitem os aspectos fisiológicos, intervenham de forma ética e criteriosa, além de reconhecer os aspectos sociais e culturais das mulheres, oferecendo-lhes uma assistência acolhedora, baseada no respeito, na dignidade, na sua autonomia e nas suas crenças. Assim, segue o caminho para o resgate do respeito à fisiologia no processo de parto, o qual requer uma transformação na atuação do profissional de saúde, na capacitação técnica, no reconhecimento e na autonomia dos profissionais para atuar nesse campo (DUARTE et al., 2020).

Nessa perspectiva, as enfermeiras desenvolvem um processo de cuidar a partir do uso de Tecnologias Não Invasivas de Cuidado de Enfermagem Obstétrica (TNICEO), embasadas em saberes estruturados, com intuito de respeitar a fisiologia, as vivências e as subjetividades, incentivando a participação ativa, além de promover o empoderamento da mulher nos processos do parto e nascimento. Tal alinhamento profissional, junto ao modelo humanístico de assistência no parto, tem o potencial de proporcionar o cuidado centrado nas necessidades da mulher, apesar das rotinas institucionais e da estrutura física do local do parto nem sempre

serem favoráveis, sendo imprescindível a postura profissional comprometida com o cuidar sensível da mulher (DUARTE et al., 2020).

Nesse interim, a atenção humanizada com qualidade depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias, e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se privacidade, autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas (BRASIL, 2006).

Além de conhecimentos básicos e habilidades, o profissional de saúde precisa também ter competência para se comunicar com eficiência. Esta é alcançada com maior facilidade ao usar-se a técnica do aconselhamento, que não implica em dizer à mulher o que deve fazer, mas indica que, através de diálogo, de forma empática, é possível ajudá-la a tomar decisões, após ouvi-la, entendê-la e discutir com ela os prós e contras das opções (BRASIL, 2006).

As enfermeiras obstétricas bem como obstetrizas utilizam estratégias baseadas na individualidade da mulher no parto, com a informação, a cooperação e o respeito da mulher e seu parceiro com a utilização de conhecimento fundamentado, a valorização da reciprocidade no relacionamento e a criação de clima favorável ao parto. Portanto, o cuidado centrado na mulher está associado à dignidade humana e conectado com o seu caráter humanístico e científico (LUNDGREN et al., 2019; FONTEIN-KUIPERS; GROOT; VAN STAA, 2018).

Assim, o desenvolvimento profissional garante a competência da enfermagem, contribui para a melhoria do conhecimento e influencia positivamente a qualidade e segurança do atendimento. A falta de conhecimento resulta em cuidados de saúde inadequados e custosos e exerce efeito negativo nos indicadores de saúde. Com isso, as necessidades de desenvolvimento profissional são diversas e complexas e exigem uma cultura organizacional que apoie a aprendizagem (PAGE et al., 2020).

3.2 Equipe de enfermagem conhece intuitivamente a mulher

A enfermeira conhece o outro intuitivamente através do diálogo e da relação autêntica. Para Paterson e Zderad, conhecer o outro intuitivamente é mover-se para frente e para trás. A partir das impressões, a enfermeira se torna ciente de si mesma e da experiência real com o outro, sendo esta uma fase conceituada como uma dialética entre a impressão e o real. Essa mudança no para frente e para trás permite *insights* repentinos à enfermeira e compreensão geral do que se manifesta de forma mais clara, ou talvez uma nova compreensão. Esses entendimentos geram um maior desenvolvimento do processo de cuidado (KLEIMAN, 2010).

O cuidado centrado na mulher concerne à presença autêntica da enfermeira, que corresponde a um componente integral e essencial da qualidade humanística da relação enfermeira-paciente, assim como sinaliza a atenção que as enfermeiras direcionam à mulher, demonstrando a sua disponibilidade e exigindo delas habilidades de observação, escuta ativa e empatia para que haja troca significativa entre paciente e a enfermeira (BOSCART et al., 2016).

As teóricas Paterson e Zderad enfatizaram a relação enfermeira-paciente, vendo a enfermagem como um diálogo vivido que visa nutrir o bem-estar e abraçar a autenticidade, ao invés de um componente técnico benevolente da enfermagem. O diálogo se caracteriza como mais do que enviar e receber mensagens verbalmente e não verbalmente; ele é o modo de ver a outra pessoa como um indivíduo único e, assim, é um encontro autêntico, mais do que uma consciência intelectual, uma vez que as enfermeiras devem usar todos os seus sentidos (KLEIMAN, 2001).

Esta subcategoria contempla o sentido de acolher e ter empatia, que emergiu na fala das participantes da seguinte forma:

Eu acho que o primordial para desenvolver um cuidado centrado é o acolhimento, para tentarmos visualizar o que a mulher está precisando naquele momento, avaliar a forma como ela chegou, se ela chegou bem ou com dor, se apresentar para ela, falar que você está ali caso precise de alguma coisa, ou caso tenha alguma dúvida, é só falar. Isso já gerar uma segurança e conforto. [...] Explicar as transformações o que ela vai viver e se mostrar disponível, receptiva e ser presente para ajudar da melhor maneira. (Técnica de enfermagem – E20)

Quando eu recebo a paciente, eu sempre tento me colocar no lugar que ela está ali. Tentar acolher o melhor possível e explicar as dúvidas que ela vai ter durante o processo da internação. Primeira coisa que elas perguntam é quando vão ter alta. É tentar acolher da melhor forma possível, ela pode ficar dois ou três dias. Então, acho que é a parte da humanização mesmo, de você ter ali o olhar de que você poderia estar ali, pensar como eu gostaria de ser tratada. Eu procuro tratar aquela pessoa dessa forma. [...] Nesses momentos tento ajudar, da maneira que posso, para amenizar o sofrimento dela. Eu acho que o cuidado centralizado é isso, acho que é a humanização. Se eu estivesse ali, como eu gostaria de ser tratada. (Enfermeira – E15)

Conhecimento, a questão da empatia, você se envolver com aquilo que está realizando. Mostrar a ela confiança, ter a interação. [...] O principal, eu acho, é você estabelecer uma relação com a pessoa que você está se propondo a cuidar. Se você conseguir estabelecer a relação com ela, você consegue prestar sua assistência e ela vai ter confiança. Isso aí vai de você, no momento que você se apresenta a ela pela primeira vez tem que mostrar transparência, confiança, conhecimento do que você está fazendo. (Enfermeira – E9)

O acolhimento tem sido compreendido como o modo pelo qual o profissional de saúde recebe a mulher desde a sua chegada e se coloca como responsável por ela, dando atenção às suas queixas, ouvindo suas preocupações e sofrimentos com o intuito de sanar ou amenizar suas necessidades de saúde-doença, além de garantir a continuidade da assistência, quando

necessário. O acolhimento não se constitui como uma etapa do processo, mas como uma ação que deve ocorrer em todos os ambientes de cuidado e a atenção à saúde (BRASIL, 2005).

Outrossim, o acolhimento corresponde a uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS. Ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, dores, alegrias e modos de viver, sentir e estar na vida; estética porque traz para as relações e os encontros do dia a dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver; e política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se nesse “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2010a).

Nessa perspectiva, o cuidado humanizado permite ao profissional dar significado ao que faz e atuar como facilitador do acesso e da qualidade da assistência, ao oferecer uma atenção afetiva, com garantia do direito ao bom acompanhamento à saúde, assim como esclarecer as dúvidas das mulheres no parto e apoiá-las no processo da gravidez, conforme preconizam os programas de humanização da assistência (FOSTER; OLIVEIRA; BRANDÃO, 2017).

Corroborando com essa perspectiva acolhedora, a empatia é considerada vital para os relacionamentos profissionais de ajuda e cuidado. Em enfermagem e saúde, destacam-se suas funções de fornecer conhecimento e possibilitar a relação interpessoal. Um dos objetivos das relações de cuidado profissional é perceber com precisão as necessidades e preocupações dos pacientes a partir do seu ponto de vista. Por meio da empatia, os cuidadores aprendem o que está em jogo para seus pacientes e o que sua situação significa para eles, ajudando a sintonizar o atendimento com as necessidades e individualidades de seus pacientes. Expressar compreensão empática faz com que os pacientes se sintam valorizados e reconhecidos, o que promove a confiança e fortalece a relação de cuidado. Portanto, um relacionamento interpessoal é um processo bidirecional, interativo e dinâmico, que requer sintonia associada a responsividade contínuas. A qualidade do relacionamento com a empatia envolve a abertura, a capacidade de relacionar-se e a confiança (VAN DIJKE et al., 2020).

Além do acolhimento e empatia, as participantes atribuíram outro sentido à presença autêntica da enfermeira para a promoção do bem-estar no cuidado centrado na mulher, como aquele que é oferecido de acordo com as necessidades integrais por ela apresentadas, ou seja, um cuidado integral e personalizado para cada pessoa, como expressam os seguintes depoimentos:

Se o cuidado é para aquela pessoa, tem que atender o que ela necessita, tanto clinicamente quanto psicologicamente, vem tudo englobado. O que é necessário pra fazer isso é primeiro saber a história dela e se possível, se for só o cuidado no parto, saber o que ela deseja. Saber se quer parto normal, se quer o banho, se quer andar, se

quer virar de lado, se não quer. Acho que se é centrado tem que ter essas informações para poder ter uma linha de conduta, centralizada do jeitinho que é para ela. É preciso conhecer a parte clínica e ouvir ela para entender o que ela necessita, o que ela quer. (Técnica de enfermagem – E5)

É um atendimento que vai de acordo com a necessidade dela. Às vezes, a necessidade dela não é a mesma da que está ali do lado. Então, tentamos ver a necessidade dela e atender naquele momento em que ela está precisando. [...] A gente tenta centrar nesse sentido da necessidade dela. A mesma orientação que damos a uma, damos para a outra. Mas, tem uma que precisa que intensifiquemos mais em alguns cuidados com ela, em alguma orientação. A gente tenta passar para ela o que ela está precisando mais. Acho que é um cuidado mais centrado nesse sentido, a necessidade de ela ser atendida. (Técnica de enfermagem – E14)

Eu acho que cuidado centrado na mulher passa por isso, a equipe tem que trabalhar com ela, porque não é só o parto. Tem toda uma gestação, toda uma história daquela família e daquela parturiente até a chegada de mais um membro da família. (Enfermeira – E12)

Nesse sentido, a empatia é abordada como uma das condições essenciais na efetivação da relação de ajuda-confiança. A relação criada entre enfermeiro-paciente é uma experiência vivida e espontânea e se estabelece pela linguagem, escuta sensível e por profundas atitudes afetivas da situação pessoal. Corresponde a um estar disposto a conectar-se com o outro sentimentalmente, em prol de cuidar do outro a partir da teoria do reconhecimento, ou seja síntese reflexiva (ZUCHETTO et al., 2019).

Os valores e crenças fundamentais da enfermagem incluem uma visão holística da pessoa, a sua dignidade e a singularidade. Essa abordagem na prática de enfermagem objetiva ver o paciente como uma pessoa em toda a sua complexidade e, em seguida, identificar as necessidades de enfermagem profissional à medida que surgem (LÉTOURNEAU; GOUDREAU; CARA, 2020).

Na Teoria Humanística de Paterson e Zderad, a enfermagem é a capacidade de lutar com outro através de experiências relacionadas com saúde e sofrimento, nas quais os participantes são e se tornam de acordo com seu potencial humano. Essa luta evolui no diálogo entre os participantes, iluminando a possibilidade de cada um “tornar-se” na relação com o outro. Para as teóricas, o objetivo desse diálogo ou relacionamento intersubjetivo é nutrir o bem-estar e estar melhor das pessoas necessitadas do cuidado de enfermagem, enfatizando a experiência vivida (KLEIMAN, 2010; RANGEL et al., 2017).

As ações de enfermagem são caracterizadas pelo diálogo vivo, envolvido pelo encontrar-se, relacionar-se e estar presente. É a partir dele que a enfermagem conjuga a razão, a sensibilidade e a subjetividade no ato de cuidar. O diálogo intuitivo precede o encontro, o relacionamento, a presença, o chamado e a resposta. O encontro reúne os seres humanos que poderão estar sob a influência de sentimentos que emergem a partir da singularidade de cada

ser e da decisão de revelar-se ou conter-se com o outro. No relacionamento, ao vivenciar a relação EU-TU, na qual um vai em direção ao outro, estabelece-se uma presença autêntica e busca-se o vir a ser mais. O relacionamento poderá ocorrer na relação “Nós”, quando esta é estabelecida com a família, amigos, comunidade ou objetos. A presença se configura pela atitude de estar aberto, perceptivo e disponível. Os chamados e as respostas são entendidos como a comunicação de modo simultâneo (ARAÚJO; ARAÚJO, 2015; LUCIO; PAGLIUCA; CARDOSO, 2008).

O diálogo científico ocorre a partir da interpretação do diálogo intuitivo vivenciado, acrescentado ao diálogo conhecido, quando se estabelece a relação EU-ISSO, permitindo a interpretação, categorização e acréscimo do conhecimento por meio do compartilhamento de saberes segundo os temas surgidos da experiência vivenciada (LUCIO; PAGLIUCA; CARDOSO, 2008).

Em referência ao diálogo vivido como basilar no processo de cuidar de enfermagem centrado na mulher, as equipes de participantes destacaram a importância da comunicação, orientação e interação, como pode ser observado nas falas a seguir:

Ela chega aqui com muitas dúvidas e um pouco insegura. Algumas com acompanhantes, outras chegam só. Algumas estão bem, estão felizes por ter tido neném, outras estão bem cansadas. E logo conversamos com elas para orientar quanto ao setor e avaliamos, orientamos quando poderá se alimentar e levantar, os principais cuidados que ela deve ter com ela e o bebê. Nesse momento também nos apresentamos e demonstramos a nossa disponibilidade. (Técnica de enfermagem – E1)

É aquilo, vamos tentando manter a confiança. Fazer tudo e conversar, tentar tirar até um sorriso dela. Às vezes até isso é difícil. Mas, é na conversa, explicando para ela como acontece aqui, que ninguém vai fazer nada se ela não quiser. Tudo que o médico for fazer, ele vai explicar para ela, a enfermagem também. Tudo vai ser explicado, nada vai ser oculto. Aí, vai começando a confiar e você vê que a pessoa muda. (Técnica de enfermagem – E8)

Acho que a presença ajuda, só o fato de você estar ali, fazendo a massagem. Às vezes ela se acalma mais com você do que com o acompanhante. [...] Acho que ter conhecimento para entender processo de parto e pós-parto, ajudar ela conseguir amamentar o bebê dela, que para muitas é um sonho, além suprir as necessidades da criança. [...] É olhar essa mulher sem julgamentos 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, pois é um período de muita insegurança. (Enfermeira – E8)

O cuidado exige que seja assumido de forma autêntica, com intenção terapêutica de zelo e ajuda. A comunicação é uma das necessidades humanas e é fundamental na prestação dos cuidados à saúde, pois é por meio dela que se efetiva o relacionamento interpessoal terapêutico entre profissionais e usuários. Portanto, o processo comunicativo é a condição básica para se

constituir relações interpessoais de confiança e sensibilidade na atenção à saúde (TORRES et al., 2017).

O encontro autêntico do enfermeiro com a paciente favorece que ela se sinta cuidada, estimada, segura e protegida. Tais sentimentos propiciam uma melhor vivência do parto para a mulher e família. A enfermeira deve estar aberta à totalidade dessa experiência e ser capaz de perceber os chamados, intervir e dialogar, promovendo uma relação intersubjetiva entre quem cuida e quem é cuidado (ARAÚJO; ARAÚJO, 2015).

A satisfação com o parto representa o desfecho da qualidade mais importante na avaliação acerca da experiência do parto, sendo identificados os fatores influentes, como a explicação dos procedimentos, a quantidade de apoio dos cuidadores, a qualidade da relação cuidador-paciente, o envolvimento na tomada de decisões, entre outros (FERRER et al., 2016).

Estudo constatou que o apoio dos cuidadores durante o trabalho de parto é um forte indicador da satisfação com o parto e que os aspectos mais importantes do suporte profissional foram a comunicação, a informação, o envolvimento materno na tomada de decisões e a livre expressão da mulher acerca de seus sentimentos durante o trabalho de parto. O modelo humanizado de assistência à maternidade, que são liderados por parteiras ou enfermeiras obstétricas, apresenta melhores resultados obstétricos e maior satisfação materna com o parto do que o modelo biomédico de assistência (FERRER et al., 2016).

Nessa direção, as profissionais de enfermagem destacaram o valor da presença, interesse, abertura para o outro e comunicação verbal e não-verbal no processo de cuidar, como expressam os seguintes depoimentos:

Eu acho que tem que ter comunicação com ela [mulher], é muito importante. Acho que o primordial é a comunicação, porque vai precisar em tudo e até mesmo para ela ter confiança na gente. Eu tenho que me apresentar e conversar de forma segura para que ela se sinta o mais confortável possível. (Técnica de enfermagem – E10)

Se eu não ouvir e olhar para ela de uma forma diferenciada, não vou entender o que eu posso oferecer de melhor. Ela que vai me dizer, através do seu corpo e das suas ações. Por isso que eu falo que há duas coisas importantes para mim, o olhar e a escuta. O toque também, às vezes diz muita coisa. Tocar nela diz muito, porque eu posso tocar e ela afastar minha mão. Vou entender que ela não deseja ser tocada, apesar de ela não verbalizar e não demonstrar nada. Então, é o conjunto de diversos fatores, eu falo de uma forma mais holística, mais integrada do corpo dela enquanto mulher e gestante. [...] Ela tem uma história de vida, se eu não ouvir não vou entender o que está acontecendo ali. Ela vai me falar e preciso buscar isso nela. Se eu não buscar, não consigo dar o cuidado que ela merece. Então, acho que a escuta apurada e o olhar bem atento dão certo. Uma assistência bem qualificada como ela merece. (Enfermeira – E13)

A partir do encontro, o enfermeiro busca conhecer o outro numa atitude de ser-com-o-outro, para que a relação aconteça de forma positiva e se estabeleça a confiança, possibilitando-

o suprir suas reais necessidades e prevenir ou minimizar os possíveis sofrimentos vividos durante a internação (ARAÚJO; ARAÚJO, 2015). Esse encontro ou presença é uma forma de conexão irreduzível e intersubjetiva, o que significa nutrir o potencial da pessoa (ser mais) através de uma transação intersubjetiva que possibilite à enfermeira estar autenticamente presente e comprometida na sustentação do potencial do outro e no estabelecimento de uma relação mútua (LÉTOURNEAU; CARA; GOUDREAU, 2017).

Na obstetrícia, oferecer conforto é uma prioridade no trabalho de parto e parto, porque a meta geral é fornecer uma experiência de parto satisfatória para a mulher e sua família. Devido a sua importância para o cuidado, os estudos de enfermagem aprofundaram a análise do conforto e permitiram a Katharine Kolcaba elaborar a sua Teoria do Conforto. A partir de perspectiva holística, Kolcaba considera o conforto como a experiência imediata de ser fortalecido em face do atendimento de suas necessidades de alívio, facilidade e transcendência advindas dos seus contextos físico, psicológico, social e ambiental (BAILEY, 2017).

O controle da dor durante o trabalho de parto tem sido visto como um processo-chave para fornecer conforto, mas os profissionais de saúde, durante o trabalho de parto, também têm o papel de facilitar os processos psicológicos, como a ansiedade dos novos pais e os processos sociais de transição de gravidez para mãe responsável por um novo bebê. As parturientes geralmente exibem altos níveis de ansiedade e, por conseguinte, as enfermeiras e parteiras trabalham com a mulher para controlar o desconforto das contrações e a pressão do bebê quando entra no canal do parto, o que inclui o apoio físico, emocional e informacional à mãe e à família (BAILEY, 2017).

O conceito de transcendência nessa Teoria do Conforto derivou de Paterson e Zderad, pois a superação das dificuldades se dá pelos pacientes, mediante a ajuda de enfermeiras (BAILEY, 2017). Na Teoria Humanística de Enfermagem, a enfermagem tem em si a capacidade de lutar junto ao outro através de experiências vividas por ambos no âmbito da saúde, do diálogo ou do relacionamento intersubjetivo entre eles, além de iluminar a possibilidade de cada um “tornar-se” em relação com o outro, possibilitando, assim, nutrir o bem-estar e estar melhor nas pessoas que necessitam de seus cuidados (KLEIMAN, 2010).

3.3 Equipe de enfermagem conhece cientificamente a mulher

A objetividade é necessária quando o profissional passa a conhecer o outro cientificamente. Ao distanciar-se do fenômeno, a enfermeira examina o outro por meio da análise e passa a conhecer suas partes e elementos. Essa fase é o momento em que enfermeira

medita, analisa, classifica, compara, contrasta, relaciona, interpreta, dá um nome, categoriza e alcança a síntese. Por meio dessa inter-relação, o mundo subjetivo e objetivo da enfermagem pode ser refletido por cada enfermeira.

A interação da enfermagem é limitada ao tempo e ao espaço, mas a internalização dessa experiência adiciona algo novo à visão angular de cada pessoa. Nenhum dos dois é o mesmo de antes, e cada um ganha algo após essa união. A enfermagem corresponde ao encontro da enfermeira com o paciente, em um ponto intermediário no mundo vivido. Assim como na dupla hélice da molécula de DNA, esse entrelaçamento padrão é o que estrutura o indivíduo. Desse modo, esse entrelaçamento intencional entre o paciente e a enfermeira é o que também dá à enfermagem sua estrutura, forma e significado (KLEIMAN, 2010).

A construção da integralidade requer a garantia do diálogo e o estabelecimento de relações de parceria entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidado, para que promovam a autonomia da pessoa para pensar, criar e desenvolver estratégias em conjunto com as equipes de saúde, visando o cuidado como um valor humano e foco de atuação do enfermeiro (RANGEL et al., 2017).

A enfermagem humanista valoriza o compromisso autêntico do enfermeiro, o respeito pela escolha do ser e a intersubjetividade no cuidado, expressos no estar ao lado da parturiente com disponibilidade, dando apoio emocional e ajuda durante o ato de partejar. Com o diálogo vivo, enfermeira e parturiente se relacionam de modo criativo, representado pelo encontro, relacionamento e chamado resposta. A enfermagem cuida, oferece seus conhecimentos e sentimentos a quem está necessitando dos mesmos, viabilizando o saber chegar e perceber melhor a mulher que requer ajuda. Nesse momento de vulnerabilidade e medo, a parturiente necessita ser nutrida, acalentada com calor humano, atenção e desvelo (SILVEIRA; FERNANDES, 2007).

Desse modo, as enfermeiras obstétricas devem demonstrar, por meio das evidências científicas, que os cuidados obstétricos na assistência à mulher que vivencia o parto estão pautados numa visão holística, o que significa que essas práticas vão além dos aspectos fisiológicos e tornam a vivência do parir um evento harmonioso e uma experiência de crescimento e realização para a mulher e seus familiares (DUARTE et al., 2020).

Em referência ao período transicional materno à importância da construção de vínculos e das relações entre mãe e bebê e de ambos com a família, as enfermeiras e técnicas de enfermagem destacaram, em suas falas, o favorecimento do cuidado materno e do vínculo com o bebê, pois notam a importância da presença empática da enfermeira para ampliar o

conhecimento materno no cuidado de si e do seu bebê, com o apoio e participação paternas e da família, indispensável na promoção do bem saúde.

Acho que ter conhecimento para entender processo de parto e pós-parto, ajudar ela conseguir amamentar o bebê dela, que para muitas é um sonho, além suprir as necessidades da criança. É olhar essa mulher sem julgamentos 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, estar disponível para ajudar sempre que necessário, pois é um período de muita insegurança. (Técnica de enfermagem – E1)

O vínculo, elas têm um contato bem forte aqui, o bebê tem o contato pele a pele logo ao nascer e é colocado para amamentar logo neste momento. A gente explica tudo e dá orientações tanto aqui no CO como no alojamento. Sempre a equipe passa as orientações de amamentação. O acompanhante o pai já pode pegar no colo enquanto preparamos a mulher e assim estimulamos o vínculo familiar desde o início. (Enfermeira – E18)

Em relação à formação de vínculo, nas falas das participantes identificou-se também o apoio à participação do acompanhante como importante no processo de cuidar da enfermagem, no qual a enfermeira se coloca presente e ao lado, observa as pessoas do cuidado, que são a mulher, o bebê e a família, tem percepções sobre as suas necessidades e promove o bem-estar.

Olhar essa família como um todo. Quando a gente percebe que tem algo mais, que foge do nosso alcance, a gente chama a Psicologia. [...]. Mas, no geral, conseguimos proporcionar o cuidado necessário para aquela mulher e conseguimos ajudar nas necessidades apresentadas. [...] Nós conseguimos receber bem a paciente. Aí, a gente conversa, explica todos os procedimentos que a gente vai fazer e elas retribuem normalmente. É uma coisa bem natural. A maior parte dos casais saem daqui muito agradecidos. Agradecem muito o trabalho que nós fizemos com eles. (Técnica de enfermagem – E3)

Assim que ela chega, com a história dela, já é possível traçar um método de cuidado a essa mulher. Eu vejo se ela tem acompanhante ou não tem, quando não tem traço um outro método porque já sei que vou ter que ficar mais vigilante. [...] Quando ela está com acompanhante, ele sinaliza que ela não está se sentindo bem ou não. Isso eu vejo que é mais seguro para a paciente, mesmo eu fazendo ronda ali. Ele está ali o tempo todo, tem coisa que ela não está falando, mas ele está observando e também observo na ronda. (Técnica de enfermagem – E20)

O que acho diferencial, de muitos anos que eu trabalho aqui, é que o papel do pai dentro da Maternidade mudou muito. Antigamente, o pai da criança não poderia ficar. A entrada do pai foi muito favorável para o vínculo familiar. Muitas vezes, ele toma à frente dos cuidados da mulher. Às vezes, ela delega para ele o cuidado com o bebê. Já vi pai ordenando a própria esposa. É bem interessante porque às vezes esses cuidados, ela toma para ela, mas na maioria das vezes, ela delega para o marido ou então quer que a Enfermeira faça. Varia de mulher para mulher. (Enfermeira – E2)

À família cabe também ser cuidada e incentivada a participar das atividades, contribuindo com o cuidado, compartilhando seu conhecimento acerca do paciente. Outrossim, o estar próxima, presente, oferecendo ajuda, apoio, além de estimular a cooperação do paciente, assegurando a identidade e confiança. Familiares tornam-se mais seguros, e mais autoconfiantes, por se sentirem úteis e gratos pela possibilidade de compartilhar a experiência

junto a sua família. A equipe cabe reconhecer, ajudar e colaborar para que a família se torne uma parceira no cuidado, levando conforto, segurança e tranquilidade a mulher (WALDOW, 2014).

O envolvimento do pai com o cuidado infantil desde os primeiros momentos pode contribuir significativamente para que essa seja uma grande experiência a ser vivida de maneira compartilhada pelo casal. Ademais, a experiência do cuidado não é apenas sinônimo de privações e obrigações, mas também algo prazeroso na vida de homens e mulheres (BRASIL, 2014b).

O papel masculino na sociedade e as relações paternas na família têm apresentado significativas transformações nos últimos anos, as quais foram favorecidas pelas conquistas das mulheres em favor da equidade de gênero, que incentivam a reconfiguração da função do homem no meio social e doméstico, incluindo a vivência do período gravídico-puerperal junto à companheira e a participação ativa e responsável na criação dos filhos. Para tal, políticas de saúde vem estimulando a participação masculina nos cuidados em saúde reprodutiva, da mulher e infantil (CAVALCANTI; HOLANDA, 2019).

No trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, a livre escolha da parturiente e a participação do acompanhante, quer seja o pai, quer seja outro familiar, é legalmente garantida no SUS, pela Lei nº 11.108/05. A OMS (2014) também recomenda que todas as mulheres tenham acesso a um apoio contínuo de um acompanhante de sua escolha no trabalho de parto.

Assegurar o direito ao acompanhante significa, portanto, assegurar o direito à família, e não apenas o direito à mulher. Significa lançar mão de um dispositivo da Política de Humanização para garantir a atenção integral que beneficie os familiares, incluindo o recém-nascido (BRASIL, 2014b).

Assim, os profissionais devem promover o acolhimento nas unidades de saúde, por meio da escuta qualificada, e incentivar a integração do pai/parceiro ao processo parturitivo, a fim de promover a humanização da assistência preconizada nos programas de saúde. Portanto, a perspectiva humanística no cuidado de enfermagem fortalece esses programas e propicia a paternidade ativa e responsável, corroborando com o bem-estar e o estar melhor da mulher, criança e família (CAVALCANTI; HOLANDA, 2019).

3.4 Equipe de enfermagem compreende as experiências vivenciadas

O cuidar expressa a nossa própria humanidade para assistir à do outro, sendo este um ser único, pensante e dotado de dignidade. Assim, o cuidado efetiva-se por meio de uma relação inter-humana, cuja presença do ser deve ser autêntica. O encontro entre a pessoa que cuida e a pessoa que recebe o cuidado é único e implica em reciprocidade. Essa relação envolve uma vinculação que ocorre por meio da relação dialógica e do relacionamento (CORBANI; BRETAS; MATHEUS, 2009). Portanto, o cuidado é um ideal ético, no qual há o deslocamento do interesse da nossa realidade para a do outro, ou seja, o eu *com* o outro e *para* o outro. O cuidado é uma expressão de nossa humanidade; é essencial para nosso desenvolvimento e realização como seres humanos (WALDOW; BORGES, 2011).

A promoção de cuidados maternos respeitosos tem sido reconhecida como um elemento crítico das estratégias para melhorar a qualidade dos cuidados maternos, uma vez que todas as mulheres precisam e merecem cuidados respeitosos. Essa abordagem enfatiza os direitos fundamentais das mulheres, dos recém-nascidos e das famílias, e promove o acesso equitativo aos cuidados baseados em evidências, ao mesmo tempo em que reconhece as necessidades e preferências singulares das mulheres e dos recém-nascidos (SHAKIBAZADEH et al., 2018).

As participantes do presente estudo consideraram que o respeito é um atributo indispensável ao cuidado centrado na mulher, como destacam os seguintes depoimentos:

Para disponibilizar um cuidado centrado na mulher é fundamental o respeito. Você tem que entender os processos, entender o que ela vai passar minimamente e você o tempo todo pensar que ela é o personagem principal daquilo que ela está vivenciando. E você, na sua atividade, vai tentar proporcionar aquilo para ela precisa da melhor forma possível. Claro, com conhecimento e direcionando. Por mais que você também queira respeitar ao máximo, tem coisas que você não pode porque afetaria até o prognóstico da paciente. (Enfermeira – E19)

A gente orienta a ela desenvolver o cuidado de forma autônoma e que estamos por perto caso precise, procuro enfatizar que não existe um jeito certo, existe o melhor cuidado que uma mãe pode dar para o seu filho. E ela sempre irá saber qual é esse cuidado, e na dúvida estamos aqui para ajudar. (Técnica de enfermagem – E11)

Assim, podemos pensar o desenvolvimento do cuidado centrado como um dos princípios que compõem o arcabouço teórico dos Direitos Humanos dos Pacientes, ao lado da ideia de dignidade humana, dos princípios da autonomia relacional e da responsabilidade dos pacientes, além de sinalizar que o paciente é o agente fundamental e o principal beneficiário dos cuidados (PARANHOS; OLIVEIRA, 2018). Nesse contexto, a atenção obstétrica e neonatal deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. Outrossim, é

dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos (BRASIL, 2005).

Por outro lado, ao longo do processo de gestação, há a transição da gravidez para a maternidade e a formação da vinculação mãe-bebê. Sob a perspectiva psicológica, esse período envolve ansiedade e estresse para a mãe. Na fase final da gravidez e especialmente no parto, o bebê deixa de ser idealizado e torna-se um ser real, diferente da mãe. Portanto, a sua sobrevivência requer que seja estabelecida a relação mãe-bebê. O recém-nascido reage à atenção de quem cuida dele com particular interesse e permite o desenvolvimento do vínculo emocional com a pessoa cuidadora que lhe responde com gratificação, estimulação apropriada, proteção e aprovação (SILVA; BRAGA, 2019).

Sabe-se que há fatores relacionais que impactam a vinculação da mãe no seu envolvimento emocional com o bebê. As mães com relações mais positivas com os companheiros sentem-se mais apoiadas e tendem a desenvolver um envolvimento mais favorável com o bebê. O apoio emocional é um elemento essencial e necessário tanto para a saúde física e emocional da mãe quanto para a relação entre os pais e deles com o bebê (SILVA; BRAGA, 2019).

Destaca-se que, na Teoria Humanística de Enfermagem, quando fala-se de seres humanos, refere-se aos clientes ou pacientes, como os indivíduos, membros de famílias, membros de comunidades e as enfermeiras. Uma pessoa se torna um paciente quando ele ou ela envia um pedido de ajuda com algum problema de saúde. A pessoa que ouve e reconhece a chamada é uma enfermeira que assumiu o compromisso de ajudar outras pessoas com necessidades relacionadas à saúde (KLEIMAN, 2010).

As atitudes dos membros da equipe na atenção à mulher/puérpera devem buscar a valorização e o fortalecimento da sua dignidade, aumentando a sua autoestima e encorajando a sua participação no planejamento do seu autocuidado e cuidados com o bebê. Deve ficar claro para ela que suas visões e desejos são importantes e serão respeitados, desde que não correspondam à riscos substanciais para si ou para o bebê, riscos estes que deverão ser adequadamente explicitados em um comprometimento ético com a expressão da verdade (BRASIL, 2016a).

Em 1977, o Ministério da Saúde (MS) passou a recomendar que os recém-nascidos (RN) saudáveis permanecessem com as suas mães após o nascimento, e, em 1983, o Inamps, hoje extinto, publicou portaria tornando o alojamento conjunto obrigatório em todos os hospitais públicos e privados. O MS, por meio da Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016b, instituiu diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no

alojamento conjunto. Tal medida visa favorecer a convivência contínua entre o binômio, promover o estabelecimento precoce do vínculo afetivo entre a mãe e o seu filho, facilitar a adesão do aleitamento materno, além de o ambiente promover a oportunidade para as mães aprenderem ou relembrem noções básicas de cuidados com os RN, vislumbrando o desenvolvimento de sua autoconfiança (BRASIL, 2011).

Dentre as atribuições da equipe de saúde no alojamento conjunto, estão encorajar o aleitamento materno e realizar visitas diárias, esclarecendo, orientando e dando segurança à mãe quanto ao seu estado de saúde, bem como de seu filho. O acompanhante deve ser estimulado a participar dessas visitas sempre que for possível, vislumbrando o preparo para a alta. O atendimento à criança no alojamento conjunto é uma excelente oportunidade para conversar com os familiares e estimulá-los a apoiar a mãe nutriz. É importante, também, que o profissional investigue o contexto familiar e dê apoio ao binômio mãe-bebê, sempre reconhecendo e elogiando as situações em que a mãe e o bebê estão indo bem, pois essa atitude aumenta a confiança da mãe, a encoraja a manter práticas saudáveis e facilita sua aceitação a sugestões apresentadas (BRASIL, 2011).

Assim, a enfermagem deve desenvolver ações educativas que não se traduzam no simples repasse de informações, mas que se caracterizem como uma prática articulada às demandas das puérperas e à sua realidade sociocultural. Essa educação em saúde deve ser concebida pelo enfoque crítico, que estimule a reflexão e ação dos sujeitos, que os capacite a aprender e que constitua uma ação cultural, política e social. De certo, deve ser permeada por processo dialógico, que busque o desenvolvimento contínuo e o respeito às singularidades de todos os sujeitos envolvidos (DODOU et al., 2017a).

Nesse sentido, o cuidado centrado na mulher inclui apoiar a autonomia da mulher, respeitar seus valores e envolver a mulher em seu processo de cuidar. E, para isso, a enfermagem deve associar o seu cuidado à educação em saúde, por meio da relação horizontal com as mulheres. Faz-se necessário que o enfermeiro exerça o papel de cuidador e educador, compartilhando o saber e o fazer, associado ao saber-fazer empírico. Nessa perspectiva, o cuidado de enfermagem no alojamento conjunto configura-se como um espaço para a construção de saberes a partir de práticas educativas, indo ao encontro das diretrizes da Política Nacional de Humanização e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que enfatizam a necessidade da educação em saúde ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal, uma vez que se trata de um momento repleto de modificações na vida da mulher.

3.5 A unidade paradoxal revelada: possibilidades e limites do cuidado centrado na mulher

Em estudo qualitativo realizado na Holanda com puérperas, apontou-se que é necessário capacitar os profissionais de maternidade para estabelecerem a interação reflexiva com as mulheres, especialmente as menos instruídas, adquirindo habilidades conversacionais e reflexivas dentro de um sistema de cuidado flexível e integrado, o qual possibilite ajustes aos desejos e necessidades específicas apresentadas (STEEGHS et al., 2019).

As enfermeiras obstetras possuem perfil e competência para acompanhar o processo fisiológico do nascimento, contribuindo com a sua evolução natural, reconhecendo e corrigindo os desvios da normalidade, bem como encaminhando aquelas que demandam assistência especializada. Dentro de um Serviço de Atenção Materna e Neonatal, deve-se garantir educação permanente para os trabalhadores, priorizando o controle, a prevenção e a eliminação de riscos sanitários, em conformidade com as atividades desenvolvidas (ANVISA - BRASIL, 2014).

As entrevistadas referem que o conhecimento e a habilidade colaboram para o desenvolvimento do cuidado de forma segura. Portanto, acreditam que frequentes treinamentos contribuem com a promoção de segurança aos profissionais e ainda cooperam com a qualidade do cuidado a mulher:

Nós temos frequentemente treinamento, acho que isso também influencia o desenvolvimento do cuidado, pois é preciso conhecimento, no outro por exemplo não acontece muito, as pessoas fazem o cuidado de forma mecânica, às vezes nem sabem o porquê estão fazendo aquilo. (Técnica de Enfermagem – E11)

Treinamento sempre é muito bem-vindo, colabora para a segurança no trabalho e facilita nosso trabalho. (Técnica de Enfermagem – E5)

Muito importante ter conhecimento, a grande maioria aqui é Enfermeira Obstetra e trabalham na Saúde da Mulher de maneira geral. (Técnica de Enfermagem – E4)

A competência técnica exige que os enfermeiros se envolvam em práticas de cuidado humanísticas autênticas, que abrangem todas as formas de conhecer e agir para promover a escolha e a parceria na tomada de decisões sobre cuidados. Obter uma compreensão da base de valores de um indivíduo é essencial para a enfermagem centrada na pessoa e, embora reconheçamos que as demandas da prática cotidiana da enfermagem podem, muitas vezes, funcionar contra essa abordagem, também reconhecemos que há potencial para muitas mudanças comportamentais e atitudinais que poderiam permitir a essa filosofia ser alcançada.

Por conseguinte, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 da ONU sinalizam que os profissionais de enfermagem e obstetrícia devem estar devidamente preparados para atuar e se desenvolver num ambiente em constante transformação, além de

avaliar evidências e trabalhar em colaboração com outros profissionais da saúde, com o fim de satisfazer as necessidades da população (MARKAKI et al., 2019).

Nessa perspectiva, Bokhour et al. (2018) relatam que a transformação cultural do cuidado centrado no paciente é um esforço complexo e de longo prazo. Sabe-se que o treinamento corresponde a um mecanismo de mudança cultural. Ademais, acreditam que os esforços direcionados para a formação de pessoal incentivam a inovação, abordando as prioridades da equipe e as políticas institucionais, em prol de alcançar a perspectiva do paciente.

A competência profissional concentra-se no conhecimento, nas habilidades do enfermeiro para tomar decisões e priorizar o atendimento, além de incluir as competências em aspectos físicos ou técnicos do cuidado (McCORMACK; McCANCE, 2006). Em suma, o conhecimento técnico-científico para equipe de enfermagem, o profissional ser engajado, estar comprometido e gostar de exercer a prática de enfermagem viabiliza o cuidado centrado na mulher, como mencionam as seguintes falas:

Pode até ter conhecimento, mas tem que ir de coração aberto para desenvolver seu melhor para aquela pessoa. (Enfermeira – E2)

Eu sempre falo que, na Enfermagem, acima de tudo, você tem que gostar de gente. (Técnica de Enfermagem – E4)

Gostar de trabalhar com mãe e bebê para dar o melhor atendimento a ela. (Técnica de Enfermagem – E14)

Os depoimentos das entrevistadas revelam que o cuidado centrado é facilitado, também, quando as mulheres chegam à instituição com informação e conhecimento sobre o processo gravídico puerperal:

Acho que facilita é um pré-natal que aborde todos esses assuntos antes, então ela já vem com conhecimento prévio... Vem com mais segurança. (Técnica de Enfermagem – E6).

Acho que facilita muito essa informação que elas trazem antes do trabalho de parto... Ter conhecimento para ter autonomia e empoderamento. (Enfermeira – E12)

A mulher que tem um pré-natal, que é preparada para um parto normal, é muito mais tranquila, mais empoderada e colabora mais. Tem uma aceitabilidade nas etapas e no oferecimento das tecnologias e terapias. (Enfermeira – E17)

A informação é um fator essencial e constitui a base para que a parturiente tenha autonomia em escolher ou recusar todo procedimento que diz respeito ao seu corpo, assim como o apoio dos profissionais e a assistência. No entanto, se não estiver claro para as mulheres quais

são seus direitos e como elas podem reivindicá-los, esta possibilidade se torna ainda mais distante (REIS et al., 2017).

A educação das mulheres e o conhecimento para o parto colaboram com a aceitabilidade de medidas de conforto oferecidas, além de apontar uma melhor evolução durante o trabalho de parto. Assim, manter a mulher informada, envolvê-la na tomada de decisão de seus cuidados, corrobora para aquisição de maior confiança e segurança para vivenciar o nascimento fisiológico (SAFTNER et al., 2017).

De certo, a tomada de decisão participativa exige que os pacientes tenham conhecimento sobre seus cuidados de saúde, com a capacidade de processar informações médicas e entender os resultados das escolhas que fazem. Se alguma dessas condições não forem satisfeitas, poderão ocorrer alterações significativas na participação e colaboração mútua da mãe com a parteira ou enfermeira, interferindo, assim, na prestação dos cuidados centrados na mulher (MAPUTLE; DONAVON, 2013). Portanto, um elemento crucial do cuidado centrado é dar à pessoa a chance de ser um indivíduo que aprende, além de ser competente para tomar suas próprias decisões, e não ser apenas um paciente informado (SIOUTA, 2016).

Para atingir esta perspectiva de cuidado, no âmbito da assistência à saúde o trabalho em equipe é uma atividade essencial que deve ser incentivada pela instituição e seus líderes. O cuidado ao ser humano é uma atitude complexa e, por isso, requer o envolvimento de saberes e práticas de diversas categorias profissionais, assim como do que pode ser produzido quando essas profissões interagem, dialogam e compartilham conhecimentos, implicando em novas formas de realizar o cuidado que interfiram efetivamente na saúde dos seres humanos (DODOU et al., 2017b).

As ações devem ser centradas no trabalho em equipe e na construção coletiva, garantindo que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas em conjunto. Os profissionais de saúde devem trabalhar junto com os usuários dos serviços, promovendo o cuidado centrado na pessoa e auxiliando os usuários a desenvolver conhecimentos, aptidões e a confiança que precisam para gerenciar suas tomadas de decisões de forma mais efetiva. Sendo assim, não se pode falar em trabalho em equipe de qualidade sem suporte mútuo ou respeito mútuo. As falas da equipe de enfermagem a seguir evidenciam a importância da assistência multiprofissional no cuidado:

É preciso ter diálogo entre todos os profissionais para tomar uma decisão que na verdade vai levar a um objetivo maior, que é a alta do paciente. (Enfermeira – E2)

A gente tem também uma boa interação com a Pediatria, isso também acho muito válido porque qualquer coisa a gente sinaliza. A boa convivência, essa harmonia profissional, também é muito bacana. (Técnica de enfermagem – E4)

Temos uma integração como equipe multidisciplinar, com Serviço Social, Psicologia, Nutrição. Então a mulher acaba sendo atendida de uma forma global e tem o cuidado conforme a necessidade observada. (Técnica de enfermagem – E10).

A colaboração interprofissional entre parteiras ou enfermeiras e médicos pode aumentar o acesso a cuidados de maternidade seguros e de qualidade para mulheres nos Estados Unidos (SMITH, 2016). Para melhorar o trabalho em equipe, a prática interprofissional depende da contribuição do conhecimento individual dos profissionais com o grupo e do desenvolvimento da compreensão dos papéis de cada um (MCLELLAND et al., 2017).

O atendimento colaborativo interprofissional e baseado em equipe pode melhorar o acesso ao cuidado, diminuir o custo, melhorar a eficiência, proporcionar maior escolha do paciente, manter a segurança e a qualidade. A prestação de cuidados de qualidade depende da execução complementar do cuidado por parte dos membros da equipe, por sua capacidade de cooperar, comunicar e promover a transição perfeita do cuidado de provedor para provedor de saúde (MCLELLAND et al., 2017; ZHAO et al., 2016).

O cuidado centrado na pessoa requer trabalho em equipe com o envolvimento de especialistas interdisciplinares. Tratar o paciente como uma pessoa inteira é importante a partir de uma percepção mais ampla, mais integrada e inter-relacionada. Os esforços conjuntos estão vinculados a determinar um plano de tratamento ideal com base em todo o estado de saúde de um paciente (ZHAO et al., 2016).

Por isso, o trabalho integrado em equipe multiprofissional constitui-se como uma pedra angular da utilização racional dos recursos humanos disponíveis, somando diversos saberes e habilidades, que deve ser estimulado a tornar-se uma prática constante na assistência. Dessa forma, as potencialidades de cada membro da equipe podem ser utilizadas, de acordo com suas capacidades técnica e legal, em benefício da mulher e da criança.

De forma geral, quando se fala em parto humanizado, entende-se como a necessidade de criar um ambiente acolhedor, propício e no qual a parturiente tem acesso aos profissionais que compreendem as suas necessidades físicas, psicológicas, biológicas e espirituais e visam alcançar um parto seguro, livre de intervenções desnecessárias, com garantia de sua privacidade, autonomia e direitos.

Corroborando com essa concepção, a OMS (2018) destaca que os cuidados de maternidade respeitosos são recomendados e estimulam o atendimento organizado à todas as mulheres, de forma que mantenha sua dignidade, privacidade e confidencialidade. A equipe de

enfermagem entrevistada concorda com a importância de se garantir a privacidade da mulher e relata que estão sempre atentos quanto a isso:

A gente, tentar o máximo que a gente pode, preserva a intimidade: colocar biombo, fechar a porta porque ela está sem roupa, sendo examinada com a porta aberta. (Enfermeira – E12)

[...] estrutura física aqui colabora, pois no pré-parto por exemplo, o quarto é individualizado, tem um banheiro privativo, elas podem ficar com acompanhante, tem televisão, pode ouvir um rádio se quiser, elas acabam conseguindo ter autonomia e privacidade. (Técnica de enfermagem – E20)

Em revisão sistemática sobre as perspectivas das mulheres sobre o parto, conduzida por Downe et al. (2018), constatou-se que a maioria das mulheres apreciavam ter uma experiência positiva, que satisfizesse ou excedesse as suas expectativas pessoais e socioculturais. Isso incluiu dar à luz um bebê saudável em um ambiente seguro, do ponto de vista clínico e psicológico, com apoio prático e emocional da equipe clínica competente e gentil.

Nessa perspectiva, devemos pensar na ambiência em saúde, caracterizada como um conjunto de ações que compreendem o espaço físico, o social/profissional e o de relações interpessoais, relacionada a um projeto de saúde voltado à atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2010a).

Por conseguinte, os eixos primordiais do conceito de ambiência são a promoção de um espaço que visa garantir a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas, como a cor, o cheiro, os ruídos, a iluminação, a temperatura etc., assim garantindo conforto às mulheres, bem como aos trabalhadores. Dentro desse espaço é possível pensar na produção de subjetividades, a partir do encontro de sujeitos em ação e reflexão sobre os processos de trabalho. Contudo, o espaço usado corresponde somente a uma ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2010b).

Nesse interim, a promoção da ambiência estabelece uma condição essencial para confortar e propiciar a sensação de aconchego, proteção e bem-estar à pessoa que recebe cuidados. O conforto tem como vantagens a promoção da força, do empoderamento, do bem-estar, e do aumento da capacidade de adaptação à condição que a pessoa está vivenciando.

Entende-se que na fisiologia do parto existem fatores que podem aumentar a percepção dolorosa, como: medo, estresse, tensão, fadiga, frio, fome, solidão, desamparo social e afetivo, ausência de conhecimento pelo que está acontecendo e ambiente estranho. Tal fato aciona o

mecanismo biológico adaptativo de defesa, estimulando a ativação imediata do sistema nervoso simpático, mediado pela secreção aumentada de adrenalina. O excesso de estímulos sensoriais intensifica a atividade neocortical, que eleva os níveis de adrenalina e inibe a liberação de ocitocina endógena, afetando a evolução do parto (GUIDA; LIMA; PEREIRA, 2011).

Por outro lado, a sensação de dor pode ser reduzida com medidas não farmacológicas de alívio, conhecimento que a enfermeira obstétrica domina, promovendo assim, relaxamento, confiança, informações corretas e contato contínuo com familiares em ambiente confortável. Contudo, ao desenvolver o cuidar obstétrico, a enfermeira deve assegurar um ambiente acolhedor, agradável, silencioso, no qual assegure à mulher privacidade e redução do estresse durante todo processo de parturição (GUIDA; LIMA; PEREIRA, 2011).

Corroborando, Odent (2001) propõe que a principal função de quem assiste à mulher é proteger o ambiente de parto para que ele não exerça estímulo na região do neocortex da parturiente. É sabido que as sensações de medo, estresse e tensão estimulam instantaneamente essa região a secretar catecolaminas (adrenalina e noradrenalina), levando à inibição da produção endógena dos hormônios necessários para o bom desenvolvimento do trabalho de parto, em especial a ocitocina (que estimula e regula as contrações uterinas) e as endorfinas (que atuam como analgésicos naturais, relaxando a musculatura esquelética). Esses hormônios dependem do ambiente propício, afetuoso e acolhedor para sua secreção e liberação na corrente sanguínea.

Apesar de a ambiência não representar somente um espaço físico, é importante enfatizar a importância desse ambiente para a evolução do trabalho de parto, pois ele exerce uma interação constante dos sujeitos com seu entorno e influencia diretamente a fisiologia do parto (ODENT, 2001), cabendo à equipe assegurar as condições para que esse local propicie o melhor cuidado à mulher.

Nesse sentido, o espaço físico onde a mulher é cuidada também deve ser preparado, não podendo ser um ambiente hostil, com rotinas rígidas e imutáveis, onde ela não possa expressar livremente seus sentimentos e suas necessidades. A mulher deve receber cuidados individualizados e flexíveis, de acordo com suas demandas para que se sinta segura e protegida por todos aqueles que a cercam.

Em contraposição às premissas do cuidado centrado e satisfatório para a mulher, as participantes do presente estudo informaram que vivenciaram dificuldades na interação e vínculo com as parturientes:

Já que tentei criar um vínculo e não consegui, não vou tentar forçar um. Vou tentar com o acompanhante e, se com ele também não der certo, vou fazer o que tiver que

fazer. Vou lá dar as medicações, orientar o básico, mas também não vou ficar sorrindo... Se ela criou a barreira, não vou forçar. Faço o básico que tem que ser feito, tento manter a distância e não ficar forçando. (Técnica de enfermagem – E6)

[...] porque tem horários que precisa dar atenção, mas não cria vínculo, não tem aquela empatia. Faz aquelas orientações que tem que fazer, mas ficar ali orientando, ver se a pessoa realmente entendeu, se vai fazer mesmo aquilo ou se quer mais informação, aí não fazem. Dão o básico. (Técnica de enfermagem – E14)

O que dificulta é quando elas são fechadas, quando já vêm com os traumas delas de lá de fora. Elas não se abrem, não ficam receptivas e tudo se transforma em queixa. Dificulta bastante nosso trabalho porque a pessoa já está armada, quando você chega para fazer alguma coisa ela está armada para você. (Enfermeira – E16)

A gente consegue até mudar a opinião e criar um vínculo, convencer, quando a paciente chega em pré-natal [do trabalho de parto], mas quando ela chega em trabalho de parto já é muito mais difícil, até para ouvir as orientações, porque está com dor, acham que não vão aguentar, não quer papo, quer a cesárea, além de outros fatores. (Enfermeira – E18)

Durante a prática, os profissionais se deparam com diversos desafios que precisam ser enfrentados e resolvidos, na tentativa de manter a assistência com qualidade. Nesse cenário, os profissionais de saúde devem conhecer, entender e se adaptar ao contexto social no qual cada gestante está inserida, visando criar estratégias para desenvolver o vínculo com a mulher e o acompanhante (SANTOS et al., 2017).

O estudo qualitativo de McCabe (2007) concluiu que os enfermeiros podem se comunicar melhor com pacientes quando usam uma abordagem centrada na pessoa, mas essa habilidade é fortemente influenciada pelo trabalho e cultura da organização da instituição. Cabe aos profissionais que acompanham a parturiente entender a importância da comunicação e interação em sua prática assistencial, ouvindo atentamente as suas necessidades, valorizando sua história de vida, solicitando informações importantes relativas ao trabalho de parto e, assim, fortalecendo os laços de confiança entre equipe multiprofissional e parturiente.

Entende-se que, ao apresentar a dificuldade de interação a mulher, impede o encontro com enfermeira, comprometendo a relação, o diálogo e a implementação do cuidado centrado, induzindo, assim, o profissional a desenvolver um cuidado distante do desejado com essa mulher. A ausência de modelo cuidado centrado na mulher pode causar consequências negativas na sua motivação profissional para prestar assistência na área obstétrica e fazer com que haja abandono da profissão pela ausência de tempo para se dedicar aos cuidados de qualidade às mulheres e suas famílias (FONTEIN-KUIPERS; GROOT; VAN STAA, 2018).

Por outro lado, as atitudes e os comportamentos das parturientes, puérperas e dos profissionais estão sujeitos a ser interpretados equivocadamente, por ambas as partes, devido a uma comunicação truncada, o que pode fazer com que a cliente tenha pouca colaboração com

a equipe, justamente por não entender o que esperam dela (CARDOSO et al., 2017). Nessa direção, as participantes da pesquisa mencionaram as seguintes situações:

[...] outras nós percebemos no olhar e no comportamento, que não querem dar de mamar, mas a gente percebe que elas têm dificuldade de falar que não querem amamentar. Acho que é mais por conta de julgamento. Ela vê as outras dando de mamar e ela tem medo de ser julgada por não querer. Ela chega aqui com muitas dúvidas e um pouco insegura. (Técnica de enfermagem – E1)

É claro que tem aquele medo, muitas mães têm medo de dar o primeiro banho, principalmente as mães de primeira viagem. (Técnica de enfermagem – E3)

Ficam tensas, depois que a gente vai conversando, é que ficam mais tranquilas. Medo do novo, mesmo que ela já tenha tido filhos. Ela ainda fica meio insegura. Eu acredito que é pelo medo de quem vai atender ela e como vai ser o momento que vai atender, mas quando ela vê que a pessoa está tranquila elas dão uma relaxada. Elas não vão preparadas, mas quando vê que não é nada daquilo que imaginaram, dão uma relaxada. (Técnica de enfermagem – E8)

O que dificulta, que eu vejo aqui, é mais a questão da insegurança da mulher. Quando a gente não consegue tanta interação, é mais quando ela se sente mais insegura, ou por ela mesma ou por ter medo do que ela já ouviu falar, ou de experiências anteriores. (Técnica de enfermagem – E10)

Além dessas dificuldades e inseguranças, as técnicas de enfermagem e enfermeiras apontaram que as parturientes têm conhecimentos restritos sobre a gestação e o parto por não terem recebido informações e orientações adequadas durante a assistência pré-natal, o que dificulta a interação com a mulher e o processo de cuidado:

É muito agonizante você ver uma pessoa sofrendo e, na grande maioria leiga, elas não sabem que aquilo é de fato normal. Não são preparadas no pré-natal sobre a evolução do trabalho de parto, nos casos de indução, essas coisas... E nem sempre consegue absorver o que explicamos. Aí, o acompanhante também desenformado vendo o desespero da mulher, já acha que tem algo errado, e aí são dois com quem você tem que trabalhar. Às vezes o acompanhante também não te escuta. (Enfermeira – E12)

[...] nem sempre entendem que a cólica é o útero contraindo e querem remédio. Teve uma até que estava com muita dor, aí comunicamos a médica e ela passou uma dipirona. Então, estamos sempre tentando cuidar dessa mulher. (Enfermeira – E15)

Mas, as que não têm conhecimento, diz “não, me disseram que eu tenho direito a isso e posso fazer”. Você fala “pode, mas tem que estar no tempo certo, existe uma dilatação”. Você explica conforme o trabalho de parto, ela finge que aceita, você vira as costas e ela está lá na bola e no cavalinho. (Enfermeira – E9)

O que acontece é que as pacientes às vezes chegam sem conhecimento, muitas dúvidas e perguntas. (Técnica de enfermagem – E8)

Quando a mulher que não é trabalhada durante o pré-natal, não só a mulher como também o acompanhante, influência muito, o trabalho de parto é mais complicado. Nem sempre ela está preparada para as modificações físicas. (Enfermeira - E17)

O manual técnico de assistência ao pré-natal (BRASIL, 2000b) tem como recomendação acolher e fortalecer a mulher da gestação até ao parto. Outrossim, ações educativas em saúde

devem ser estimuladas às gestantes e sua rede de apoio, vislumbrando prepará-los para as modificações físicas e emocionais que irão ocorrer até o nascimento do bebê.

No estudo de Gonçalves et al. (2017) evidenciou a carência de orientações sobre o parto no pré-natal e a falta de profissionais capacitados para a educação em saúde. A pesquisa apontou, ainda, que as falhas nas orientações para o parto durante o acompanhamento gestacional foram significativas, em relação ao número de consultas e o intervalo entre a última consulta de pré-natal e o parto.

De certo, a gestação e parto é um momento complexo e crítico, onde a mulher não deve ser exposta a um excesso de informações ou ser obrigada a tomar decisões rápidas em um contexto em que ela necessitaria de tempo, tranquilidade e esclarecimentos para fazê-las. Portanto, existe a necessidade de um pré-natal detalhado, acolhedor e que aborde informações e preparo da mulher para as possibilidades do momento do pré-parto, parto e pós-parto, para que esta esteja emocionalmente preparada e cognitivamente esclarecida para participar das decisões de forma efetiva (BRASIL, 2001a).

Além da desinformação das mulheres, os problemas relacionados aos comportamentos e às atitudes do provedor são uma barreira importante, quando comparados a quaisquer outras barreiras geográficas ou financeiras à utilização de assistência especializada ao parto (WASSIHUN; ZELEKE, 2018). Essa dificuldade, relacionada aos comportamentos considerados inadequados por parte de algumas mulheres, que geram posturas discriminatórias da equipe, foi destacada nos seguintes depoimentos:

[...] muitas das vezes é usuária de crack e algumas chegam sob efeito da droga. Nesse momento, as pessoas têm medo de estar perto delas, de prestar atendimento a elas. Principalmente nos primeiros momentos que elas chegam, agitadas e sob efeito da droga. Junta isso à dor, as pessoas ficam alucinadas e completamente fora de si com a dor do trabalho de parto. As pessoas aqui ficam com medo de abordar, de chegar perto, de auxiliar. Eu sinto isso, até então. (Técnica de enfermagem – E7)

São diferentes olhares. Alguns olham e dizem: “Mais um? Só sabe fazer [filho]”. Uma coisa que a gente fica chateada aqui é com as pacientes que querem fazer a ligadura, mas não é autorizado pela falta do planejamento familiar. Aí, a mulher engravidada de novo e vem parir aqui. E a primeira coisa que perguntam para ela é: “Por que você engravidou de novo?” E, às vezes, aquela que é humilde e não tem condições, verbaliza e pede. Mas não é autorizado. (Enfermeira – E9)

Acho que fica com medo de ser julgada, de como vai ser recebida. Até que elas percebem que a gente não está diferenciando, elas vão se soltando. Fazem uns dois plantões que tivemos uma paciente com acompanhante do mesmo gênero, quando a gente entrou pensamos que era um homem mesmo. Quando ela levantou, vimos que era mulher. A gente viu que ela ficou sem graça, acho que pela nossa cara, mas agimos normal. Daqui a pouco, no segundo retorno, já estava tudo normal. (Técnica de enfermagem – E11)

Às vezes a violência está nas pequenas coisas: está em uma fala, no olhar, no gesto, em uma ação, no procedimento. Isso não impacta somente a mulher, mas impacta toda uma equipe de Enfermagem. (Enfermeira – E13)

Eu vejo muita discriminação de cor, mas de outros profissionais fora da enfermagem, a mulher é tratada diferente sim, acabam olhando superficialmente, falam de uma forma pejorativa. (Enfermeira – E16)

No âmbito mundial, diversas parturientes relatam que são maltratadas ao dar à luz em unidades de saúde e são incapazes de fazer escolhas ou seguir práticas que lhes permitem ter controle sobre sua própria experiência (WASSIHUN; ZELEKE, 2018). Assim sendo, muitas mulheres usuárias de crack que vivenciam a experiência da maternidade enfrentam estigmas da sociedade, sendo vistas como mulheres sem a capacidade de cuidar de si e de se importar ou se preocupar com os seus filhos, sendo incapazes de amar, criar e educar seus filhos (CAMARGO et al., 2018).

Contrapondo essa perspectiva, é importante despir-se do olhar apenas na substância e pensar na parturiente por trás da droga e no seu contexto de vida, tentando desenvolver a melhor assistência possível, minimizando o estigma e o preconceito que distanciam essa mulher de ser vista como um ser com direitos, que pode sim, ser ouvida e respeitada pela sociedade.

Outrossim, as atitudes discriminatórias com declarações moralistas sobre a vida pessoal e o comportamento das mulheres, tal como o discurso autoritário ou indiferente, reproduzem preconceitos e posturas sexistas nas relações sociais entre os sexos, corroborando com a matriz hegemônica de gênero. Isso reforça a experiência emocional de vulnerabilidade nas mulheres que sofreram violência, gerando um círculo vicioso entre violência interpessoal e violência institucional (MOREIRA et al., 2020). Na atenção em saúde, isso é ainda mais alarmante, pois o local que deveria empoderar e gerar autonomia às mulheres acaba oprimindo e reforçando as desigualdades de gênero.

A violência institucional, sob a forma de constrangimento, decorre também da falta de privacidade em virtude da estrutura física da instituição de saúde e da exposição para fins didáticos, como quando as mulheres são atendidas no parto em maternidades públicas e de ensino, sendo uma prática ainda pouco refletida entre os profissionais, docentes e alunos atuantes nessas unidades de saúde (MARRERO; BRUGGEMANN, 2018).

No âmbito profissional e institucional, emergiram limitações ao cuidado centrado na mulher que envolvem dificuldades na comunicação interprofissional e inadequações da estrutura física e organização da formação em serviço na maternidade de ensino, como apontam os seguintes depoimentos:

O que dificulta é que alguns profissionais não escutam os outros, não existe troca entre as equipes. (Enfermeira – E2)

O nosso maior embate eu acho que é a questão da equipe multiprofissional, porque não temos uma equipe coesa nesse sentido, de outras categorias. Por exemplo, não temos Serviço Social presente [...]. A Psicologia até vem, mas no geral são residentes. Então, nem sempre elas têm o suporte que a paciente precisa [...] um direcionamento de fato para a paciente. (Enfermeira – E19)

Uma coisa que vejo que atrapalha é a forma como os médicos se colocam às vezes. As residentes [de enfermagem] estão horas com a mulher, na penumbra, massagem... E, aí, o médico chega já acendendo a luz, falando alto e acompanhado de vários acadêmicos. É difícil para a mulher e para a profissional. Talvez, uma integração maior entre as equipes facilitaria a implementação do cuidado centrado. (Técnica de enfermagem – E20)

É a comunicação na verdade. O que às vezes, quase que frequentemente, acontece do médico ou residente ir lá, dar o toque na paciente, não falar e não escrever. Acha que está do mesmo jeito, aí volta em curto espaço de tempo. Antigamente, a gente tinha uma equipe fixa de residente [médico], mas agora têm residentes que vêm de outros hospitais. Um residente R3 chega aqui do hospital X e é a primeira vez que está vindo aqui. Aí, a gente tem que passar a rotina para todo mundo. Quem passa a rotina é a Enfermagem. E, temos que passar para melhorar o andamento do serviço, porque aqui é bem burocrático. Então, sempre tem um detalhe que está errado. Eles sempre fazem errado e sempre temos que ir atrás e martelar a rotina para não termos problemas, porque os staffs não passam. Às vezes nem se apresentam. (Enfermeira – E18)

Acho que a estrutura física aqui poderia ser melhor distribuída porque temos que andar mais para pegar materiais que poderiam estar mais próximos da enfermaria. (Técnica de enfermagem – E3)

Em um hospital universitário tem trocentas mil pessoas na sala, isso também dificulta. São três anestesistas, três pediatras, três obstetras, fora gente que está circulando, coloca o pai ali dentro também. Acho que o espaço físico tinha que ser maior. As salas de cirurgia porque os pais teriam mais área para circular. Tem que tomar cuidado para encostar, para não contaminar nada. (Técnica de enfermagem – E6)

[...] Hoje, em uma cesárea, eram 18 pessoas dentro da sala, fora a paciente. Aí, te pergunto: e essa assistência, com esse bando de gente dentro da sala? [...] Eles [residentes] estão aprendendo e têm que aprender sim, mas tem que saber ser profissional na condução da assistência. (Enfermeira – E9)

Uma das lacunas da assistência à saúde no Brasil é a ausência de uma filosofia de trabalho em equipe que proporcione resultados na melhoria dos indicadores de saúde, particularmente na assistência perinatal. Muitos resultados adversos, relacionados à mortalidade e à morbidade materna e perinatal, têm a sua origem em um trabalho em equipe fraco e desarticulado. Em muitas mortes de crianças e mulheres relacionadas às complicações da gravidez e do parto, identifica-se que a equipe não atua de forma conjunta e coesa, devido à presença de forte hierarquia entre os seus membros, destacando-se a hegemonia médica. Essa assimetria dificulta e, muitas vezes, impossibilita que outras categorias profissionais possam atuar de forma a contribuir para a melhoria dos resultados (BRASIL, 2014b).

Um bom desenvolvimento da equipe ocorre quando cada profissional reconhece e respeita o espaço e a área de atuação de cada profissional, além de manter uma boa comunicação e abertura para negociação quanto a diversas práticas que podem ser adotadas. Entretanto, ainda existem empecilhos que dificultam o trabalho em equipe, como a falta de comunicação eficiente e a compreensão dos papéis de cada profissional, fazendo com que se crie um ambiente desagradável entre a equipe.

A PNH estimula o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade, além de orientar a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder e hierarquia no serviço de saúde. Muitas vezes essas relações produzem atitudes e práticas desumanizadoras, que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. A transversalidade, nessas relações, permite reconhecer as diferentes especialidades, bem como suas práticas de saúde que podem colaborar com a experiência daquele que é assistido (BRASIL, 2010a).

Nesse contexto, se faz necessária a incorporação de novas atitudes, por parte dos profissionais, com o objetivo de promover uma assistência multidisciplinar com enfoque no trabalho em equipe, que garanta a saúde e os direitos das mulheres. Além de garantir a assistência materna de qualidade, prevenir complicações e favorecer experiência positiva para a mulher e sua família. Portanto, uma boa comunicação entre a equipe, e entre esta com a mulher, é fundamental para se alcançar esses objetivos. Sendo assim, ambos, mulher e familiares, devem receber o apoio constante da equipe assistencial e o devido esclarecimento de suas dúvidas, questionamentos e angústias, com linguagem clara e acessível e tom de voz que traduza calma e serenidade (BRASIL, 2014b).

Além dessas limitações institucionais, as participantes consideram que não há um número de profissionais adequado no ambiente de trabalho, trazendo prejuízos na atuação profissional e comprometimento no cuidado. Essa percepção pode ser constatada nas seguintes falas:

A quantidade de profissionais também influi porque temos plantões que isso aqui está cheio para um a dois técnicos. Como todas as mulheres atendidas aqui têm algum tipo de comorbidade, fica complicado desenvolver o cuidado centrado com um número reduzido de profissionais. (Técnica de enfermagem – E1)

[...] a gente vê aquele sofrimento e poderia estar trabalhando com ela ou pelo menos tentando dar um alívio, mas não conseguimos por conta de falta de pessoal, de estrutura, enfim. (Enfermeira – E12)

Agora ainda estamos com o quantitativo de funcionários reduzido então isso acaba afetando a atenção e cuidado, não tem como estar em vários setores ao mesmo tempo

com dois técnicos e um enfermeiro, fica mais complicado implementar esse cuidado. (Técnica de enfermagem – E20)

As condições do ambiente de trabalho são os fatores que mais afetam o indivíduo e a saúde dos profissionais, juntamente com o modo como o trabalho é desenvolvido. A precarização do trabalho acarreta sobrecarga física e psíquica, além de um atendimento precário e desumanizado. Assim sendo, o trabalho em saúde engloba diversos componentes materiais e imateriais que vão influenciar diretamente no resultado final, que é a assistência à saúde. Essa, por sua vez, deve estar pautada na excelência do cuidado que envolve desde as condições adequadas de trabalho até a formação técnica, científica e humanizada dos trabalhadores (DODOU et al., 2017b).

A desvalorização do cuidado por parte de profissionais de saúde e da administração incide de forma brutal na motivação e disposição para cuidar, assim como na disposição e colaboração em receber o cuidado. Pacientes costumam ser tratados como objetos e as ações de cuidar se tornam tarefas obrigatórias, mecanizadas, impessoais, por vezes incidindo em maus tratos (WALDOW, 2014).

Estudos desde 2013 já apontam que o ritmo de trabalho alienante, associado à precariedade de recursos, é uma possível causa para a ocorrência da violência obstétrica institucional, resultando não só no esgotamento físico e emocional do profissional, mas na dificuldade de reflexão sobre a sua prática (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; SOUZA et al., 2016). Assim, na violência institucional, há a reprodução das desigualdades nas relações de poder presentes no espaço social da instituição da saúde (MARRERO; BRUGGEMANN, 2018).

Corroborando com essas perspectivas, o Ministério da Saúde conceitua a violência institucional como aquela que pode ser exercida nos/pelos serviços públicos, por ação ou omissão, incluindo, neste aspecto, desde a falta de acesso até a má qualidade dos serviços. Ela abrange os abusos cometidos em virtudes das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições (BRASIL, 2001b).

Portanto, os fatores influentes que possibilitam e limitam o desenvolvimento do cuidado centrado à mulher estão relacionados às informações, orientações, participação e envolvimento das mulheres nos cuidados, assim como a qualidade da estrutura e processo assistencial influem nas condições e organização do trabalho dos profissionais de saúde no serviço. Desse modo, é preciso resgatar os princípios humanísticos do processo de cuidado e investir na qualificação e

mudanças profissionais e gerenciais em saúde, como na enfermagem para que o cuidar seja realmente transformador para todos os sujeitos envolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação possibilitou compreender a percepção da equipe de enfermagem sobre o cuidado centrado a mulher que vivencia o parto em uma maternidade situada em um Hospital Universitário no município do Rio de Janeiro. O estudo desenvolvido se apropriou do embasamento teórico da Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad, que valoriza as relações interpessoais e considera a enfermagem como um diálogo vivo.

Assim sendo, elucidamos que as perspectivas da equipe de enfermagem sobre esse cuidado centrado contemplam os principais pressupostos conceituais dessa Teoria Humanística. Apesar da maioria das participantes do estudo denotarem o desconhecimento sobre o conceito do cuidado centrado na pessoa propriamente dito, suas percepções apresentaram alinhamento com o que preconizam as teóricas Paterson e Zderad, principalmente no que diz respeito às relações humanas como valorização da empatia e compreensão da realidade das mulheres que ingressam no hospital, amparando-se numa visão holística do cuidar e colocando-se em prontidão para apoiar e responder aos questionamentos da mulher e estimular a sua autorresponsabilidade no cuidado.

Foi possível identificar, com os depoimentos, os pontos que favorecem positivamente o desenvolvimento do cuidado centrado na mulher durante o trabalho de parto, como a orientação das mulheres sobre o processo do parto, a qualificação profissional, a integração da equipe assistencial e a promoção de um ambiente privativo para a parturiente, a fim de tornar esse momento positivo e propiciar o seu bem-estar. O trabalho integrado da equipe multiprofissional colabora com o apoio e a qualidade do cuidado oferecido para as mulheres no parto.

Verificou-se também que existem barreiras profissionais e institucionais que impedem a implementação do cuidado centrado na mulher, relacionadas com dificuldades da assistência pré-natal em informar e orientar sobre a gestação e parto, e que causam desconhecimento das mulheres e limitam a sua integração nos cuidados. Outros fatores limitantes advêm de questões profissionais relacionadas às inadequações da organização do trabalho na instituição, como pouca integração da equipe e quantitativo de pessoal, assim como expectativas dos profissionais de que as mulheres assumam posturas obedientes, compreensivas e dóceis durante os cuidados. Portanto, as dificuldades no âmbito profissional, institucional e da própria clientela revelam desafios persistentes na atenção obstétrica no sistema de saúde brasileiro, como a violência institucional e a baixa qualidade da assistência prestada.

Ressalta-se a importância da continuidade de pesquisas sobre a temática da violência obstétrica, e pontua-se que os dados deste estudo representam uma realidade focal de uma

maternidade de alto risco e de um grupo específico de profissionais, que, por si só, não representa a realidade do sistema de saúde.

Cabe destacar, ainda, que esta pesquisa foi limitada à realidade de uma maternidade terciária e que faz parte de um hospital universitário, mas considera-se que os conhecimentos apreendidos possibilitam a sua aplicação em cenários semelhantes, estendendo-se a outras realidades e contextos, como maternidades do nível secundário, sendo estas as unidades de assistência dominantes no cuidado ao parto no país e no campo de atuação da enfermagem obstétrica.

Portanto, os resultados suscitam a importância de se ampliar a análise da temática e contemplar novos desenhos metodológicos e percepções das equipes de maternidades secundárias, nas quais há a assistência do cuidado de enfermagem obstétrica ao parto, além dos períodos pré-natal e pós-natal do ciclo gravídico-puerperal, inclusive estudando as perspectivas das mulheres.

REFERÊNCIAS

- AFULANI, P. A. Person-centred maternity care in low-income and middle-income countries: analysis of data from Kenya, Ghana, and India. **Lancet Global Health**, [s.l.], v.7, n. 1, p. 10-11, jan. 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X18305448>. Acesso em: 15 jun. 2019.
- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 59, p. 905-916, out./dec. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1414-32832016000400905&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 22 nov. 2020
- AGUIAR, J.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, nov. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001100015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 mar. 2020.
- ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 jul. 2019.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade** / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2014. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Serviços%20de%20Atenção%20Materna%20e%20Neonatal%20-%20Segurança%20e%20Qualidade.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2019.
- ARAÚJO L. M.; ARAÚJO, L. M. Compreensão fenomenológica de enfermeiros intensivistas à luz do pensamento humanístico de Paterson e Zderad. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 395-400, mai./jun. 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3318/13781>. Acesso em: 15 jul. 2019.
- ARAÚJO, M. A. L.; FARIAS, F. L. R.; RODRIGUES, A. V. Brito. Aconselhamento pós-teste anti-HIV: análise a luz de uma teoria humanística de Enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 425-431, dez. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300010. Acesso em: 15 jul. 2019.
- BAILEY, D. W. Framing comfort during the childbirth process. **Int. J. Childbirth Educ.**, [s.l.], v. 32, n. 4, p. 11-15, out. 2017.
- BARBOSA, M. S.; RIBEIRO, M. M. F. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. **Rev Med Minas Gerais**, [s.l.],

v. 26, n. 8, p. 216-222, 2016. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2152>. Acesso em: 03 jun. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARTHOLO JR., R. S. **Você e eu**: Martins Buber, presença palavra. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

BOKHOUR, B. G., et. al. How can healthcare organizations implement patient-centered care? Examining a large-scale cultural transformation. **BMC Health Service Research**, [s.l.], v. 18, n. 1, 2018. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-2949-5>. Acesso em: 02 set. 2020.

BOLSTER, D.; MANIAS, E. Person-Centred Interactions between Nurses and Patients during Medication Activities in an Acute Hospital Setting: Qualitative Observation and Interview Study. **Int J of Nurs Stud.**, [s.l.], v. 47, n. 2, p. 154-165, fev. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19577752/>. Acesso em: 06 abr. 2019.

BOSCART, V. M. Development and Psychometric Testing of the Humanistic Nurse-Patient Scale. **Can J Aging.**, v. 35, n. 1, p. 1-13, mar. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26880206/>. Acesso em: 15 abr. 2019.

BRADY, S. Woman-centred care: an integrative review of the empirical literature. **Int J Nurs Stud.**, v. 94, p. 107-119, jun. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30951986/>. Acesso em: 06 abr. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Governo Federal, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 mar. 2019.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Governo Federal, 2005. Disponível em: http://planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal**: Manual técnico. Equipe de elaboração Janine Schirmer et.al. 3ª edição. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília:

Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização/ Ministério da Saúde Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>. Acesso em: 06 de jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 17 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSUS_politica_nacional_humanizacao.pdf. Acesso em: 01 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 15 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/publicacoes/politica_atencao_basica_20006.pdf. Acesso em: 23 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf. Acesso em: 20 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde,

2010a. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_documento_gestores_trabalhad_ores_sus.pdf. Acesso em: 20 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v1.pdf. Acesso em: 20 fev. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 25 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. (Cadernos HumanizaSUS, v.4) Disponível em:

https://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 20 fev. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**: relatório de recomendação.

Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em:

http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf.

Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 570, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, Distrito Federal, p. 4-6, jun. 2000a. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html.

Acesso em: 20 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, Distrito Federal, edição 204, p. 120, out. 2016b. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2-068-de-21-de-outubro-de-2016-24358443>. Acesso em: 23 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, Distrito Federal, edição 183, p. 68, set. 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 06 de jul. 2019.

CAMARGO, P. O. et al. O enfrentamento do estigma vivido por mulheres/mães usuárias de crack. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 196-202, out./dez. 2018. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000400002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 jan. 2021.

CAMPOS, R. F. Ética Contemporânea: os anos 60 e o projeto de psicologia humanista. **Epistemo-somática**, Belo Horizonte, v. 3, n. 2, p. 242-262, dez. 2006. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-20052006000200009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 jul. 2019.

CARDOSO, F. J. C., et al. Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais da saúde. **Rev enferm UFPE** [online], Recife, v. 11, n. 9, p. 3346-3353, set. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-32920>. Acesso em: 20 fev. 2021.

CARRENHO, E.; TASSINARI, M.; PINTO, M. A. S. **Praticando a Abordagem Centrada na Pessoa**: Dúvidas e perguntas mais frequentes. São Paulo: Carrenho Editorial, 2010.

CAVALCANTI, T. R. L.; HOLANDA, V. R. Participação paterna no ciclo gravídico-puerperal e seus efeitos sobre a saúde da mulher. **Enferm. Foco**, v. 10, n. 1, p. 93-98, 2019. Disponível em:

<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1446/502>. Acesso em: 20 dez. 2019.

COELHO, N. R.; VERGARA, L. M., Teoria de Paterson E Zderad: Aplicabilidade Humanística no Parto. **Cogitare Enferm.**, vol. 20, n. 4, p. 829-836, out./dez. 2015.

Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40323>. Acesso em: 06 jun. 2019.

FERRER, M. B. C., et al. Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. **BMJ Open**, v. 6, n. 8, ago. 2016. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/8/e011362>. Acesso em: 05 fev. 2021

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 516/2016. Dispõe sobre a atuação e responsabilidade de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia. Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para serviços de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, Distrito Federal, jun. 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html. Acesso em: 15 de março de 2021.

CONSTANTINO, M. A. M. O. Carl Rogers e o surgimento da Abordagem Centrada na Pessoa. **Psicologia Acessível**, Rio de Janeiro, [s.n.], 2018. Disponível em:

<https://psicologiaacessivel.net/2018/03/21/carl-rogers-e-o-surgimento-da-abordagem-centrada-na-pessoa/>. Acesso em: 23 de jul. 2019.

CORBANI, N. M. S.; BRÊTAS, A. C. P.; MATHEUS, M. C. C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 349-354, mai./jun. 2009. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/5047>. Acesso em: 15 fev. 2021

D'OLIVEIRA, A. F. L.; DINIZ, C. S. G., SCHRAIBER, L. B. Violence Against Women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, Londres, v. 359, n. 9318, p. 1681-1685, mai. 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12020546/>. Acesso em: 20 fev. 2019.

DEWING, J. Concerns relating to the application of frameworks to promote person-centredness in nursing with older people. **J Clin Nurs.**, v. 13, n. 3, p. 39-44, mar. 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15028038/>. Acesso em: 20 abr. 2019

DODOU, H. D., et al. Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 332-338, jul. 2017a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000300332&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 mar. 2021.

DODOU, H. D., et al. Educational practices of nursing in the puerperium: social representations of puerperal mothers. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 6, p. 1250-1258, dez. 2017b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000601250&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 mar. 2021.

DOWNE, S., et al. Correction: What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. **PLOS ONE**, v. 13, n. 5, abr. 2018. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0194906>. Acesso em: 20 set. 2019.

DUARTE, M. R., et al. Percepção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto: resgate da autonomia e empoderamento da mulher. **R. pesqu: cuid. fundam. online.**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 903-908, jan./dez. 2020 jan/dez. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7927/pdf>. Acesso em: 10 jan. 2021.

FONTEIN-KUIPERS, Y.; GROOT, R.; VAN STAA, A. Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus. **Eur J Midwifery**, v. 2, n. 5, mai. 2018. Disponível em: <http://www.europeanjournalofmidwifery.eu/Woman-centered-care-2-0-Bringing-the-concept-into-focus,91492,0,2.html>. Acesso em: 20 jan. 2021

FOSTER, L. B.; OLIVEIRA, M. A.; BRANDÃO, S. M. O. C. O acolhimento nos moldes da humanização aplicada ao processo de trabalho do enfermeiro no pré-natal. **Rev. enferm UFPE online**, v. 11, n. 11, out. 2017, p. 4617-4624. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231201/25198>. Acesso em: 20 jan. 2021.

FREITAS, P. R.; BOECHAT, I. T. A psicologia de Carl Rogers e a pedagogia de Paulo Freire: Reflexões sobre docência. **Interdisciplinary Scientific Journal**, v. 5, n. 6, dez. 2018. Disponível em: <http://revista.srvroot.com/linkscienceplace/index.php/linkscienceplace/article/view/625>. Acesso em: 20 mar. 2019.

GAUDERNACK, L. C., et al. De-medicalization of birth by reducing the use of oxytocin for argumentation among first time mothers a prospective intervention study. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 18, n. 76, mar. 2018. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1706-4>. Acesso em: 14 jun. 2019.

GIRALDO-GARTNER, V., et al. Interacciones entre el cuidado doméstico y hospitalario durante la gestación y el puerperio entre mujeres que viven en condiciones socioeconómicas adversas que asisten a una clínica de maternidad en Cartagena, Colombia. **Revista Colombiana de Anestesiología**, v. 44, n. 3, p. 224-229, jul./set. 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334716300466>. Acesso em: 16 out. 2019.

GONÇALVES, M. F., et al. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.38, n. 3, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000300401. Acesso em: 16 jan. 2021.

GUIDA, N. F. B.; LIMA, G. P. V.; PEREIRA, A. L. F. O ambiente de relaxamento para humanização do cuidado ao parto hospitalar. **Rev Min Enferm.**, v. 17, n. 3, p. 524-530, jul./set. 2013. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/670>. Acesso em: 20 fev. 2021.

GUYTON A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

HEALTH FOUNDATION. 2016. Because the centered care is important. Disponível em: <https://www.health.org.uk/sites/default/files/PersonCentredCareMadeSimple.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2019.

HOPKINSON, J. B.; HALLETT, C. E. Patients' perceptions of hospice day care: a phenomenological study. **Int J Nurs Stud.**, vol. 38, n. 1, p. 117-125, fev. 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11137729/>. Acesso em: 20 jun. 2019.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Crossing the Quality Chasm: A New Health System nfor the 21st Century**. Washington: National Academy Press, 2001. Disponível em: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10027. Acesso em: 15 abr. 2019.

KLEIMAN, S. Josephine Paterson and Loretta Zderad Humanistic Nursing Theory with Clinical Applications. *In*: PARKER, M. E. **Nursing theories and nursing practice**. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2001. p. 151-168.

KLEIMAN, S. Josephine Paterson and Loretta Zderad's Humanistic Nursing Theory. *In: PARKER, M. E.; SMITH, M. C. Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: A. Davis Company, 2010. p. 337-350.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Ed. Atlas, 2003.

LEAP, N. Woman-centred or women-centred care: does it matter? **British Journal of Midwifery**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 12-16, set. 2013. Disponível em: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/epdf/10.12968/bjom.2009.17.1.37646>. Acesso em: 12 maio 2019.

LÉLIS, A. L. P. A.; PAGLIUCA, L. M. F.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Fases da teoria humanística: análise da aplicabilidade em pesquisa. **Texto Contexto Enferm.**, Santa Catarina, v. 23, n. 4, out./dez. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000401113&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em: 28 dezembro de 2019.

LÉTOURNEAU, D.; CARA, C.; GOUDREAU, J. Humanizing Nursing Care: An Analysis of Caring Theories Through the Lens of Humanism. **Int. J. Caring Sci.**, v. 21, n. 1, p. 33-40, 2017. Disponível em: <https://connect.springerpub.com/content/sgrijhc/21/1/32>. Acesso em: 20 jan. 2021.

LÉTOURNEAU, D.; GOUDREAU, J.; CARA, C. Humanistic caring, a nursing competency: modelling a metamorphosis from students to accomplished nurses. **Scand J Caring Sci.**, v. 35, n.1, mar. 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/scs.12834>. Acesso em: 20 jan. 2021.

LUCIO, I. M. L.; PAGLIUCA, L. M. F.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Diálogo como pressuposto na teoria humanística de enfermagem: relação mãe-enfermeira-recém-nascido. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 173-180, mar. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342008000100023&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 abr. 2019.

LUNDRÉN, I., et al. Health professionals' perceptions of a midwifery model of woman-centred care implemented on a hospital labour ward. **Women Birth**, v. 33, n. 1, p. 60-69, fev. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30686654/>. Acesso em: 20 jan. 2021.

MAPUTLE, M. S.; DONAVON, H. Woman-centred care in childbirth: A concept analysis (Part 1). **Curationis**, v. 36, n. 1, p. 1-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23718832/>. Acesso em: 14 maio. 2019.

MARKAKI, A., et al. Fortalecimento da saúde universal: desenvolvimento de um kit de ferramentas para melhoria da qualidade da educação em enfermagem e obstetrícia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100392&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jan. 2021.

MARRERO, L.; BRUGGEMANN, O. M. Violência institucional durante o processo parturitivo no Brasil: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1152-1161, mai./jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301152&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jan. 2021.

McCABE, J. L. Nursing Research and Vulnerable Populations: The contribution of humanism. **International Journal for Human Caring**, vol. 11, n. 4, p.17-23, jun. 2007. Disponível em: <https://connect.springerpub.com/content/sgrijhc/11/4/17> Acesso em: 02 fev. 2021.

McCORMACK, B.; McCANCE, T. V. Development of a framework for person-centred nursing. **J Adv Nurs.**, v. 56, n. 5, p. 472-479, dez. 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17078823/>. Acesso em: 08 abr. 2019.

McCORMACK, B.; McCANCE, T. **Person Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice**. Oxford: Wiley Blackwell, 2017.

McLELLAND, G., et al. Interprofessional simulation of birth in a non-maternity setting for pre-professional students. **Nurse Educ Today**, v. 58, p. 25-31, nov. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28823781/>. Acesso em: 08 jan. 2021.

MEAD, N.; BOWER, P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. **Pat Educ Couns.**, v. 48, n. 1, p. 51-61, set. 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12220750/>. Acesso em: 20 maio. 2019.

MELEIS, A. I. On Interactions. *In*: MELEIS, A. I. **Theoretical nursing: development and progress**. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2012. p. 229-278.

MERCÊS, C. A. M. F.; ROCHA R. M. Teoria de Paterson e Zderad: um cuidado de enfermagem ao cliente crítico sustentado no diálogo vivido. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 470-475, jul./set. 2006. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-14488>. Acesso em: 20 maio. 2019.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MOREIRA, G. et al. Manifestações de violência institucional no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. *Saude soc.*, São Paulo, v. 29, n. 1, mar. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902020000100308&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jun. 2020.

ODENT, M. **Cientificação do amor**. Tradução: Talia Gevaerd de Souza. São Paulo: Terceira Margem, 2001.

OLIVEIRA, N. F. S., et al. Diálogo vivido entre enfermeira e mães de crianças com câncer. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 99-107, dez. 2006. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/937>. Acesso em: 13 abr. 2019.

OLIVEIRA, R. K. M.; SALVADOR, P. T. C. O.; SANTOS, V. E. P. Aplicação da teoria humanística de enfermagem nos serviços de saúde: revisão integrativa da literatura. *R. pesq.: cuid. fundam. online.*, v. 4, n. 1, p. 2695-2674, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750892022.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

OLSSON, L. E., et al. Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials: a systematic review. *J Clin Nurs.*, [s.l.], v. 22, n. 23-24, p. 456-465, fev. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23231540/>. Acesso em: 13 abr. 2019.

Organização Mundial de Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Rio de Janeiro: OMS; 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3. Acesso em: 04 abr. 2019.

Organización Mundial de la Salud. **Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva**. Ginebra: OMS; 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>. Acesso em: 06 jun. 2019.

PAGE, M., et al. Empowerment of learning and knowledge: Appreciating professional development for registered nurses in aged residential care. *Nurse Educ Pract.*, v. 43, jan. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32014706/>. Acesso em: 18 dez. 2020.

PAGLIUCA, L. M. F.; CAMPOS, A. C. S. C. Teoria humanística: análise semântica do conceito de community. *Rev. bras. enferm.*, v. 56, n. 6, p. 655-660, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672003000600013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 abr. 2019.

PARANHOS, D. G. A. M.; OLIVEIRA, A. A. S. O modelo de cuidado centrado no paciente sob a perspectiva do paciente idoso. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit*, Brasília, v. 7, n. 2, p. 95-109, abr./jun. 2018. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/485>. Acesso em: 20 maio. 2019.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, nov. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200027&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jan. 2021.

PAULA, C. C.; CROSSETTI, M. G. O. O modo de cuidar no encontro com o ser -criança que convive com aids: o experienciar da finitude e a ética. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 193-201, abr./jun. 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 13 abr. 2019.

PAULA, C. C., et al. O cuidado como encontro vivido e dialogado na Teoria de Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad. *Acta Paul Enferm.*, v. 17, n. 4, p. 425-

431, abr. 2004. Disponível em: <https://acta-ape.org/article/o-cuidado-como-encontro-vivido-e-dialogado-na-teoria-de-enfermagem-humanistica-de-paterson-e-zderad/>. Acesso em: 13 abr. 2019.

PERSEGONA, K. R.; ZAGONEL, I. P. S. O cuidado do enfermeiro à criança com dor pós-operatória: construção de um marco conceitual à luz de Paterson e Zderad. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 166-170, mai./ago. 2006. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/6862>. Acesso em: 13 abr. 2019.

POTTER, P. J.; FRISCH, N. Holistic assessment and care: presence in the process. **Nurs Clin North Am.**, v. 42, n. 2, p. 213-218, jun. 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17544679/>. Acesso em: 20 jun. 2019.

PRAEGER, S. G. *In*: GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artmed, 2000.

RANGEL, R. F., et al. Cuidado integral: significados para docentes e discentes de enfermagem. **Rev Rene**, v. 18, n.1, p. 43-50, jun. 2017. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/18866>. Acesso em: 20 jan. 2020.

REIS, T. L. R., et al. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100503&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jan. 2021.

RENTE, T. A. S. **Os princípios da abordagem centrada na pessoa em contexto escolar**. 2018. Dissertação (Mestrado em psicologia clínica e de aconselhamento) – Universidade Autónoma de Lisboa. Lisboa, 2018.

ROGERS, C. R. **Terapia Centrada no Cliente**. Lisboa: Moraes Editores, 2004.

ROLIM, K. M. C.; PAGLIUCA, L. M. F.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Análise da teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 432-440, jun. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2019.

SAFTNER, M. A.; NEERLAND, C.; AVERY, M. D. Enchancing women's confidence fro physiologic birth: Maternity care providers' perspectives. **Midifery**, v. 53, p. 28-34, out. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28743051/>. Acesso em: 20 jan. 2021.

SANTOS, S. M., et al. Transmissão vertical do HIV: dificuldade na adesão ao pré-natal. **Revista Enfermagem Contemporânea**, [s.l.], v. 6, n. 1, p. 56-61, abr. 2017. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1109>. Acesso em: 26 mar. 2021.

SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M. G. O. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem. **Esc Anna Nery [online]**, v. 14, n.1, p. 182-188, jan./mar. 2010. Disponível

em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000100027&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 abr. 2019.

SHAKIBAZADEH, E., et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. **BJOG**, v. 125, n. 8, p. 932-942, jul. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29117644/>. Acesso em: 20 jan. 2021.

SILVA, L. M. P., et al. Cuidado à família de crianças em situação de abuso sexual baseado na teoria humanística. **Online braz. j. nurs. (Online)**, v. 6, n. 1, p. 55-63, 2007. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-457845>. Acesso em: 18 dez. 2019.

SILVA, T. N. Teoria humanística de Paterson e Zderad: entrando no meio do ser quando convocados. **Nursing Science Quarterly**, v. 26, n. 2, p. 132-135, 2013.

SILVA, A. V. Plantão de escuta: uma aplicação da Teoria Humanística no processo clínico de enfermagem. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/33586>. Acesso em: 13 abr. 2019.

SILVA, B. A. A.; BRAGA, L. P. Fatores promotores do vínculo mãe-bebê no puerpério imediato hospitalar: uma revisão integrativa. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, jun. 2019, p. 258-279. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v22n1/v22n1a14.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2021.

SILVEIRA, I. P.; FERNANDES, A. F. C. Conceitos da Teoria Humanística no Cuidar Obstétrico. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 8, n. 1, jan./abr. 2007, p. 78-84. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/5283>. Acesso em: 13 abr. 2019.

SIOUTA, E., et al. Patients' experiences of communication and involvement in decision-making about atrial fibrillation treatment in consultations with nurses and physicians **Scand. J Caring Sci**, v. 30, n. 3, p. 535-546, set. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26709843/>. Acesso em: 20 jun. 2019.

SMITH, D. C. Interprofessional Collaboration in Perinatal Care. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, v. 30, n. 3, jul./set. 2016, p. 167-173. Disponível em: https://journals.lww.com/jpnnjournal/Abstract/2016/07000/Interprofessional_Collaboration_in_Perinatal_Care_.3.aspx. Acesso em: 20 jan. 2021.

SODRÉ, T. M.; MERIGHI, M. A. B.; BONADIO, I. C. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. **Ciênc., cuid. saúde**, v. 11, p. 115-120, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=653377&indexSearch=ID>. Acesso em: 20 jan. 2020.

SOUZA, J. P.; PILEGGI-CASTRO, C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S11-S13, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 jan. 2021.

SOUZA, A. B., et al. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 25, n. 3, set./dez., 2016, p. 115-128. Disponível em: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/3641/2486>. Acesso em: 01 fev. 2021.

SOUZA, P.; MENDES, W (Orgs.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

STEEGHS, V. P., et. al. Client-centred maternity care from women's perspectives: Need for responsiveness. **Midwifery**, v. 74, jul. 2019, p. 76-83. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30928814/>. Acesso em: 25 jan. 2020.

STEWART, M., et al. **Medicina Centrada na Pessoa**: Transformando o método Clínico. Tradução: Anaelise Burmeister; Sandra Maria Mallmann da Rosa. Porto Alegre: Artmed, 2017.

TESSER C. D., et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é, e o que fazer. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013>. Acesso em: 23 jan. 2020.

TORRES, G. M. C., et al. Comunicação terapêutica na interação profissional de saúde e hipertenso na estratégia saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 4. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n4/1983-1447-rgenf-38-04-e2016-0066.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.

TRACYA, L. M., et al. Oxytocin and the modulation of pain experience: implications for chronic pain management. **Neurosci Biobehav Rev.**, n. 55, aug. 2015, p. 53-67. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25956252/>. Acesso em: 20 nov. 2020.

VAN DIJKE J., et al. Towards a relational conceptualization of empathy. **Nurs Philos.**, v. 21, n. 3, jul. 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nup.12297>. Acesso em: 15 nov. 2020.

VENTURI, G.; GODINHO, T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados**. São Paulo: Sesc/Fundação Perseu Abramo, 2013.

WALDOW, V. R. Cuidado colaborativo em instituições de saúde: a enfermeira como integradora. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1145-1152, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000401145&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jan. 2021.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 3, 2011, p. 414-418. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000300017&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 jan. 2021.

WASSIHUN, B.; ZELEKE, S. Compassionate and respectful maternity care during facility based child birth and women's intent to use maternity service in Bahir Dar, Ethiopia. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 18, n. 294, 2018. Disponível em:

<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1909-8>
Acesso em: 15 Jan. 2021.

WENCESLAU, L. D.; PORTOCARRERO-GROSS, E.; DEMARZO, M. M. P.
Compaixão e medicina centrada na pessoa: convergências entre o Dalai Lama Tenzin Gyatso e Ian McWhinney. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, jan./dez. 2016, p. 1-10. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1138>.
Acesso em: 06 jul. 2019.

World Health Organization. **Quality of care**: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: WHO; 2006. Disponível em:
https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf. Acesso em: 05 jun. 2019.

World Health Organization. **People-Centred Health Care**: A policy framework. Geneva: WHO; 2007. Disponível em:
https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/5420/9789290613176_eng.pdf.
Acesso em: 2 jun. 2019.

World Health Organization. **Recommendations on Health Promotion Interventions for Maternal and Newborn Health**. Geneva: WHO; 2015. Disponível em:
www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/health-promotion-interventions/en.
Acesso em: 2 jun. 2019.

WU, H.; VOLKER, D. L. Humanistic Nursing Theory: application to hospice and palliative care. *J Adv Nurs.*, v. 68, n. 2, jul. 2012, p. 471-479. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21771046/>. Acesso em: 13 abr. 2019.

ZANARDO, G. L. P., et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 29, jul. 2017. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100218&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 abr. 2019.

ZHAO, J., et al. Differentiation between two healthcare concepts: person-centered and patient-centered care. **Int J Nurs Sci.**, v. 3, n. 4, 2016, p. 398-402. Disponível em:
https://www.researchgate.net/profile/Junqiang-Zhao/publication/308182154_Differentiation_between_two_healthcare_concepts_Person-centered_and_patient-centered_care/links/5aa3460daca272d448b6cd08/Differentiation-between-two-healthcare-concepts-Person-centered-and-patient-centered-care.pdf. Acesso em: 07 jan. 2021.

ZILBERMAN, A., et al. Once episiotomy, always episiotomy? **Arch Gynecol Obstet.**, v. 298, n. 1, jul. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29785549/>. Acesso em: 21 jun. 2019.

ZIMRING, F. **Carl Rogers**. Tradução: Marcos Antônio Lorieri. Recife: Fundação Joaquim Nabuco/ Ed. Massangana, 2010.

ZUCHETTO, M. A., et al. Empatia no processo de cuidado em enfermagem sob ótica da teoria do reconhecimento: síntese reflexiva. **Rev Cuid.**, v. 10, n. 3, ago. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/jatsRepo/3595/359562712002/html/index.html>. Acesso em: 15 jan. 2021.

ZYBLOCK, D. M. Nursing Presence in Contemporary Nursing Practice. **Nurs Forum**, v. 45, n. 2, abr./jun. 2010, p. 120-124. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20536761/>. Acesso em: 13 jun. 2019.

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada Cuidado centrado nas mulheres durante o processo de parturição: percepções da equipe de enfermagem, conduzida por Priscila da Silva Almeida Pessanha. Este estudo tem por objetivos: analisar as percepções da equipe de enfermagem acerca do cuidado centrado nas mulheres; e discutir as possibilidades e desafios da implementação dessa perspectiva de cuidado durante o processo de parturição.

Você foi selecionado(a) por atuar como profissional da equipe de enfermagem que atua na assistência a mulheres no processo de parturitivo, ou seja, parto, pós-parto e puerpério, no centro obstétrico e alojamento conjunto dessa maternidade. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Os **riscos** presentes na pesquisa são mínimos, como leve desconforto relacionado ao tempo despendido na entrevista; possíveis constrangimentos ou desconfortos causados pela emissão de suas opiniões. Embora não haja nenhuma garantia de que a Sr./Sra. terá **benefícios** com este estudo, as informações que irá fornecer serão úteis para a assistência e ensino de enfermagem, podendo beneficiar outros indivíduos envolvidos tanto na prática do cuidado quanto na formação profissional.

A sua participação **não** será remunerada e nem implicará em gastos futuros, e consistirá em responder a um roteiro de entrevista que será conduzida pela pesquisadora responsável, com duração de aproximadamente de trinta minutos. A entrevista será gravada em áudio, realizada de acordo com sua disponibilidade, em local reservado, dentro do núcleo perinatal. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento seu nome será divulgado em qualquer fase do estudo.

O pesquisador responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos ou instituição participante.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra do pesquisador responsável. Contudo, assinando este consentimento, você afirma conhecer seus direitos, assim como não libera ou isenta a pesquisadora de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação em que julgue lhe prejudicar.

Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento. Contatos do pesquisador responsável: Priscila da Silva Almeida Pessanha, Enfermeira – priscilasa@msn.com – Tel. 21 994967961 ou 21 2721-0205. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a) [imprescindível]: _____

APÊNDICE C – Detalhamento das características socioprofissionais das profissionais entrevistadas

Quadro 6 – Características socioprofissionais dos entrevistados. (Continua)

Entrevistada	Função	Setor	Idade (anos)	Sexo	Tempo de trabalho (anos)	Tempo de atuação (anos)	Forma de contrato	Grau de instrução
01	Técnica de enfermagem	Alojamento conjunto	34	Feminino	7	7	Estatutária	Graduação em enfermagem
02	Enfermeira	Alojamento conjunto	38	Feminino	15	19	Estatutária	Especialização em Clínica médica e Terapia intensiva
03	Técnica de enfermagem	Alojamento conjunto	49	Feminino	7	5	Estatutária	2º grau completo
04	Técnica de enfermagem	Centro Obstétrico	49	Feminino	34	20	Estatutária	Especialização em Centro Cirúrgico
05	Técnica de enfermagem	Centro Obstétrico	43	Feminino	16	8	Estatutária	2º grau completo
06	Técnica de enfermagem	Centro Obstétrico	34	Feminino	10	8	Estatutária	Graduação em enfermagem
07	Técnica de enfermagem	Centro Obstétrico	46	Feminino	26	6	Estatutária	Especialização em Enfermagem Obstétrica
08	Técnica de enfermagem	Centro Obstétrico	40	Feminino	8	3	Estatutária	Especialização em Enfermagem Obstétrica
09	Enfermeira	Centro Obstétrico	45	Feminino	21	15	Estatutária	Especialização em Enfermagem Obstétrica
10	Técnica de enfermagem	Alojamento conjunto	38	Feminino	19	10	Estatutária	Especialização em Enfermagem Neonatal, Estomaterapia, Área Materno-Infantil, com ênfase na amamentação
11	Técnica de enfermagem	Alojamento conjunto	51	Feminino	20	6	Estatutária	Especialização em Saúde da Mulher e Obstetrícia
12	Enfermeira	Centro Obstétrico	44	Feminino	21	12	Estatutária	Mestrado em enfermagem
13	Enfermeira	Centro Obstétrico	62	Feminino	21	12	Estatutária	Mestrado em enfermagem e Doutorado em curso.

Quadro 6 – Características socioprofissionais dos entrevistados. (Conclusão)

14	Técnica de enfermagem	Centro Obstétrico	43	Feminino	18	5	Estatutária	Graduação em enfermagem
15	Enfermeira	Alojamento conjunto	44	Feminino	20	13	Estatutária	Especialização em Enfermagem Cirúrgica e Acupuntura
16	Enfermeira	Alojamento conjunto	51	Feminino	13	4	Estatutária	Especialização em Enfermagem Neonatal
17	Enfermeira	Centro Obstétrico	48	Feminino	25	13	Estatutária	Mestrado em Enfermagem
18	Enfermeira	Centro Obstétrico	48	Feminino	20	12	Estatutária	Especialização em Centro Cirúrgico
19	Enfermeira	Centro Obstétrico	36	Feminino	13	8	Estatutária	Especialização em Enfermagem Obstétrica e Terapia Intensiva
20	Técnica de enfermagem	Centro Obstétrico	34	Feminino	10	3	Estatutária	Graduação em enfermagem

Fonte: Autora, 2021.

ANEXO A - Pareceres dos Comitês de Ética em Pesquisa

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cuidado centrado na mulher que vivencia o parto: Percepções da equipe de enfermagem

Pesquisador: PRISCILA DA SILVA ALMEIDA PESSANHA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24636819.3.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.783.924

Apresentação do Projeto:

Co-participação: sem co-participação

Tem como objeto de estudo "O cuidado centrado na mulher que vivencia o período do parto na percepção da equipe de enfermagem"

Apresenta como Questão Norteadora: "Quais as percepções da equipe de enfermagem acerca do cuidado centrado nas mulheres e suas possibilidades e desafios de implementação na atenção ao parto?"

Abordagem metodológica: "Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo de descritiva."

Campo / cenário: "uma maternidade terciária vinculada a um hospital de ensino no município do Rio de Janeiro."

Participantes: "Os participantes serão os profissionais da equipe de enfermagem."

Critérios de inclusão: "Profissionais da equipe de enfermagem que prestam cuidados às mulheres no período do trabalho de parto, parto e pós parto imediato no centro obstétrico e alojamento conjunto."

Critérios de exclusão: "Profissionais com vínculo empregatício há menos de dois anos na instituição, em qualificação por programa de residência, licenciados ou afastados no período da coleta de dados."

Instrumento e Técnica de coleta de dados: "Os dados serão obtidos por meio de entrevista individual e orientada por meio de um roteiro semi-estruturado com perguntas destinadas à

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. Sl 3018

Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900

UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180

E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.783.924

caracterização dos profissionais e questões abertas sobre o fenômeno de estudo."

Crêterios éticos: "O estudo obedecerá aos pressupostos e exigência da Resolução n° 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), sendo oportunamente submetida à Comissão de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. As entrevistas só terão início após a autorização do COEP e obtidas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes e mediante aceitação em participar da pesquisa (APÊNDICE D). Em observância à essa legislação, os participantes serão designados pela sua função ou categoria na equipe de enfermagem e segundo a ordem das entrevistas, a exemplo Técnica de Enfermagem (E1), Enfermeira (E2), assim por diante, representando cada um dos entrevistados. Do mesmo modo, a pesquisadora compromete-se em garantir a guarda das gravações das entrevistas por cinco anos e, posteriormente, apagá-las".

Análise dos dados: "A análise dos dados se dará a partir do referencial de Análise de Conteúdo temática proposta por Bardin (2011) e conceituada como sendo um conjunto de técnicas de análise de comunicação que intenta descrever o conteúdo das mensagens obtidas por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos, possibilitando a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou recepção dessas mensagens."

Objetivo da Pesquisa:

"Analisar as percepções da equipe de enfermagem acerca do cuidado centrado nas mulheres. Discutir as possibilidades e desafios da implementação dessa perspectiva de cuidado no período do parto."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: "Os riscos são mínimos como leve desconforto relacionados ao tempo desprendido a entrevista, possíveis constrangimentos ou desconfortos causados pela emissão de suas opiniões."

Benefícios: "pesquisa não será remunerada e nem implicará em gastos futuros aos participantes. As informações compartilhadas, serão úteis para assistência e ensino de enfermagem em obstetria, podendo beneficiar outros indivíduos tanto na prática do cuidado, quanto na formação profissional."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de dissertação do Programa de pós-graduação stricto sensu da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Encontra-se bem estruturado, apresentando coerência e coesão.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

Continuação do Parecer: 3.783.924

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Orçamento: financiamento próprio.
- Folha de rosto: preenchida, assinada, datada e carimbada pelo responsável pela instituição proponente.
- TCLE – redigido de acordo com as diretrizes éticas expressas na Resolução 510/2016.
- ICD – apresentado junto ao Projeto, mas não anexado à Plataforma Brasil.
- Carta de anuência da instituição – apresentada, devidamente preenchida, assinada, datada e carimbada pelo responsável pelo campo.
- Cronograma – apresenta as etapas adequadas ao tempo de desenvolvimento do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para dezembro de 2020. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1442386.pdf	24/10/2019 12:33:48		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_cep.docx	24/10/2019 12:32:49	PRISCILA DA SILVA ALMEIDA PESSANHA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	24/10/2019 12:20:33	PRISCILA DA SILVA ALMEIDA	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	24/10/2019 10:43:53	PRISCILA DA SILVA ALMEIDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_e_TAI.pdf	24/10/2019 10:37:12	PRISCILA DA SILVA ALMEIDA PESSANHA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	24/10/2019 10:33:31	PRISCILA DA SILVA ALMEIDA	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.783.924

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 19 de Dezembro de 2019

Assinado por:

**Patricia Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador(a))**

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cuidado centrado na mulher que vivencia o parto: Percepções da equipe de enfermagem

Pesquisador: PRISCILA DA SILVA ALMEIDA PESSANHA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24636819.3.3001.5259

Instituição Proponente: Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.963.034

Apresentação do Projeto:

Transcrição editada do conteúdo registrado no protocolo e dos arquivos anexados à Plataforma Brasil.

Esta dissertação tem como objeto de pesquisa "O cuidado centrado na mulher que vivencia o parto na percepção da equipe de enfermagem". A

Pesquisa seguirá uma abordagem qualitativa, do tipo de descritiva, visando responder os objetivos: Analisar as percepções da equipe de

enfermagem acerca do cuidado centrado nas mulheres, e discutir as possibilidades e desafios da implementação dessa perspectiva de cuidado no

período do parto. O estudo será realizado em uma maternidade terciária, vinculada a um hospital de ensino no município do Rio de Janeiro. Os

participantes da pesquisa serão profissionais da equipe de enfermagem que atuam na assistência a mulher no pré-parto, parto e pós parto. Os

dados serão obtidos por meio de entrevista individual, orientada por meio de um roteiro semi-estruturado com perguntas destinadas à caracterização

dos profissionais e questões abertas sobre o fenômeno de estudo. Os dados serão analisados a partir do referencial de Análise de Conteúdo

temática proposta por Bardin (2011) que utiliza um conjunto de técnicas de análise de

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo

Bairro: Vila Isabel

CEP: 20.551-030

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2868-8253

E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.963.034

comunicação que intenta descrever o conteúdo das mensagens obtidas por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos, possibilitando a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou recepção dessas mensagens.

Objetivo da Pesquisa:

Transcrição editada do conteúdo registrado no protocolo e dos arquivos anexados à Plataforma Brasil.

Objetivo Primário:

Analisar as percepções da equipe de enfermagem acerca do cuidado centrado nas mulheres.

Objetivo Secundário:

Discutir as possibilidades e desafios da implementação dessa perspectiva de cuidado no período do parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Prezado pesquisador: Caracteriza-se como risco direto para os participantes da pesquisa a possibilidade de desconforto ou constrangimento no momento do preenchimento dos questionários. Os pesquisadores devem se comprometer a minimizar os riscos ou desconfortos que possam vir a ser causados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva, a ser realizada em uma maternidade terciária vinculada a um hospital de ensino no município do Rio de Janeiro. Os participantes serão os profissionais da equipe de enfermagem. Os dados serão obtidos por meio de entrevista individual e orientada por meio de um roteiro semi-estruturado com perguntas destinadas à caracterização dos profissionais e questões abertas sobre o fenômeno de estudo. Os dados serão analisados por meio da análise de conteúdo temática. A pesquisa está bem estruturada e o referencial teórico e metodológico estão explicitados, demonstrando aprofundamento e conhecimento necessários para sua realização. As referências estão adequadas e a pesquisa é exequível.

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo

Bairro: Vila Isabel

CEP: 20.551-030

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2868-8253

E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.963.034

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram avaliadas as informações contidas na Plataforma Brasil e as mesmas se encontram dentro das normas vigentes e sem riscos iminentes aos participantes envolvidos de pesquisa.

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: Documento devidamente preenchido, datado e assinado
- 2) Projeto de Pesquisa: Adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado/apresentado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Adequado
- 5) Cronograma: Adequado
- 6) Documentos pertinentes à inclusão do HUPE: Adequado
- 7) Currículo do pesquisador principal e demais colaboradores: anexados e conforme as normas.

Os documentos de apresentação obrigatória foram enviados a este Comitê, estando dentro das boas práticas e apresentando todos dados necessários para apreciação ética e tendo sido avaliadas as informações contidas na Plataforma Brasil e as mesmas se encontram dentro das normas vigentes e sem riscos iminentes aos participantes envolvidos de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto pode ser realizado da forma como está apresentado. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº466/2012, o projeto pode ser enquadrado na categoria – APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em consonância com a resolução CNS 466/12 e a Norma Operacional CNS 001/13, o CEP recomenda ao Pesquisador: Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e no termo de consentimento livre e esclarecido, para análise das mudanças; Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; O Comitê de Ética solicita a V. Sª., que encaminhe relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) Meses da pesquisa e ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo

Bairro: Vila Isabel

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2868-8253

CEP: 20.551-030

E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.963.034

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_cep.docx	24/10/2019 12:32:49	PRISCILA DA SILVA ALMEIDA PESSANHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_e_TAI .pdf	24/10/2019 10:37:12	PRISCILA DA SILVA ALMEIDA PESSANHA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 09 de Abril de 2020

**Assinado por:
WILLE OIGMAN
(Coordenador(a))**