

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

OTÍLIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA

*STRENGTHS-BASED CARE* EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL:  
REPENSANDO AS PRÁTICAS E A CONTINUIDADE DO CUIDADO

CURITIBA

2021

OTÍLIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA

*STRENGTHS-BASED CARE* EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL:  
REPENSANDO AS PRÁTICAS E A CONTINUIDADE DO CUIDADO

Tese apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciência da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Bernardino

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Paula Encarnação  
Universidade de Minho – Braga,  
Portugal

CURITIBA

2021

Silva, Otilia Beatriz Maciel da  
*Strengths-Based Care* em maternidade de risco habitual [recurso eletrônico]:  
repensando as práticas e a continuidade do cuidado / Otilia Beatriz Maciel da Silva  
– Curitiba, 2021.

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.  
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Bernardino  
Coorientadora: Profa. Dra. Paula Encarnação

1. Enfermagem. 2. Enfermagem holística. 3. Teoria de enfermagem.  
4. Enfermeiras obstétricas. 5. Saúde da mulher. I. Bernardino, Elizabeth.  
II. Encarnação, Paula. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 618.04231



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -  
40001016045P7

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **OTILIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA** intitulada: **STRENGTHS-BASED CARE EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL: REPENSANDO AS PRÁTICAS E A CONTINUIDADE DO CUIDADO**, sob orientação da Profa. Dra. ELIZABETH BERNARDINO, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 26 de Março de 2021.

Assinatura Eletrônica

12/04/2021 11:29:22.0

ELIZABETH BERNARDINO

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

16/04/2021 13:24:52.0

LUCIANA SCHLEDER GONÇALVES

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

12/04/2021 11:26:45.0

TATIANE HERREIRA TRIGUEIRO

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

19/04/2021 10:41:52.0

JUDITH LAPIERRE

Avaliador Externo (UNIVERSITÉ LAVAL)

Assinatura Eletrônica

12/04/2021 15:24:35.0

CLÁUDIA CRISTINA VIEIRA C. DE OLIVEIRA FERREIRA AUGUSTO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE DO MINHO)

---

Av. Prof. Lothario Meissner, 632, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil

CEP 80210170 - Tel: (41) 3361-3756 - E-mail: ppgenf@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 89323

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 89323



## AGRADECIMENTOS

Senhor Meu Deus – gratidão pela vida e pela eterna proteção.

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR – pela oportunidade de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Bernardino – pelas profundas reflexões, pela paciência, por acreditar em meu potencial e por me conduzir durante todo este processo.

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Paula Encarnação – pelas contribuições fundamentais ao estudo e pelo incentivo constante.

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Laurie Gottlieb – por desvelar as minhas forças e por contribuir com um referencial teórico tão apropriado para a enfermagem.

Professoras (membros da banca) – pelas valiosas contribuições para o aprimoramento do estudo.

Acadêmica Mariana Nunes da Silva - pelo apoio técnico e parceria.

Grupo de estudo – pela torcida e contribuições.

Meu esposo Marcelo e minhas filhas Isadora e Mariana – vocês são meu refúgio e minha fortaleza.

Meus pais, minhas irmãs, cunhados e sobrinhos – o melhor “fã – clube” que eu poderia ter!

As amigas Denise, Gisela, Sandra - pela torcida, pelos momentos de estudo e descontração.

Aos colegas enfermeiros da Maternidade Victor Ferreira do Amaral – pela disponibilidade e por acreditarem em um modelo de assistência obstétrica mais humano.

As mulheres gestantes e puérperas – por serem guerreiras mesmo em momentos desafiadores.

Os analfabetos da atualidade não serão aqueles que não sabem ler ou escrever,  
mas aqueles que não conseguem aprender, desaprender e reaprender.

(ALVIN TOFFLER, 1970)

## RESUMO

**Introdução:** A abordagem filosófica “*Strengths-Based Care*”, desenvolvido por Laurie Gottlieb (2011), pode fundamentar a prática assistencial dos enfermeiros, numa perspectiva de continuidade do cuidado, em maternidade de risco habitual, tendo esta fundamentação reflexo na percepção das mulheres sobre o cuidado de enfermagem prestado. **Objetivo:** repensar as práticas de enfermagem e a continuidade do cuidado da admissão até a alta em uma maternidade de risco habitual na cidade de Curitiba, tendo como fundamentação teórica a abordagem filosófica *Strengths-Based Care*. **Método:** estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa. O estudo foi desenvolvido em três etapas: 1. Descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres atendidas na maternidade de risco habitual, pesquisa quantitativa, descritiva e retrospectiva, por meio de levantamento documental de prontuários de mulheres hospitalizadas na maternidade. 2. Identificar na prática assistencial dos enfermeiros da maternidade o referencial proposto em uma perspectiva de continuidade do cuidado. Para a coleta de dados, utilizou-se a técnica de grupo focal e estratégias de sensibilização com os enfermeiros e equipe de enfermagem. A análise de conteúdo partiu de duas categorias previamente estabelecidas: “o cuidado de enfermagem baseado nos problemas” e o “cuidado de enfermagem baseado no *Strengths-Based Care*”. 3. Compreender a percepção das mulheres hospitalizadas na maternidade de risco habitual, buscando o reflexo deste referencial na assistência de enfermagem prestada. Foram realizadas entrevistas com 20 mulheres hospitalizadas na maternidade, utilizando um instrumento semiestruturado. **Resultados:** 1. Foram avaliados 332 prontuários de mulheres hospitalizadas na maternidade do estudo. A análise descritiva apresentou mulheres com alto índice de escolaridade; adesão adequada ao pré-natal; estratificação de risco condizente com a maternidade de risco habitual; e taxa relevante de gestantes adolescentes. 2. Percebeu-se um modelo assistencial em transição; parte dos enfermeiros com o foco do cuidado nos procedimentos e rotinas da instituição, com postura prescritiva, relação hierárquica e influenciados por julgamentos preestabelecidos. E outros enfermeiros que possuem na sua prática assistencial os elementos do SBC, sendo eles: a singularidade e cuidado centrado na pessoa, empoderamento, autodeterminação, aprendizagem, preparação e timing, parceria colaborativa e promoção da saúde, estavam presentes em todos os pontos assistenciais da maternidade, merecendo destaque para o Centro Obstétrico. 3. Os elementos do referencial teórico foram percebidos pelas mulheres hospitalizadas na maternidade na assistência de enfermagem prestada. O cuidado de enfermagem foi considerado diferenciado, proporcionando segurança para as mulheres e seus familiares, resultando em promoção da saúde e do autocuidado. **Considerações finais:** A ação dos enfermeiros sofre influência conforme o ponto assistencial, a sua formação acadêmica e continuada, a sua capacidade de aderir a novas propostas, a possibilidade de desvelar suas próprias forças e os valores que fundamentam sua atuação profissional. Percebe-se que o modelo de atenção obstétrica pode estar em transição, o modelo tecnocrático está presente na prática assistencial, mas os enfermeiros têm elementos do referencial teórico que coadunam com os preceitos técnicos e científicos da obstetrícia, das políticas públicas, da humanização do parto e da continuidade do cuidado, fortalecendo a mulher e sua família como protagonistas deste processo.

Palavras-chave: Enfermagem. Enfermeiras obstétricas. Saúde da mulher.  
Enfermagem holística. Teoria de enfermagem.



## ABSTRACT

**Introduction:** The philosophical approach “Strengths-Based Care”, developed by Laurie Gottlieb (2011), can base the nurse's care practice, in a perspective of continuity of care, in the usual risk maternity, having this foundation reflected in the women's perception of care nursing services provided. **Objective:** to rethink nursing practices and continuity of care from admission to discharge at a usual risk maternity hospital in the city of Curitiba, based on the philosophical approach to Strengths-Based Care. **Method:** exploratory-descriptive study, with a qualitative approach. The study was developed in three stages: 1. to describe the sociodemographic and obstetric profile of patients seen at the usual risk maternity, quantitative, descriptive and retrospective research, by means of a documentary survey of the medical records of patients admitted to the maternity hospital. 2. to identify in the assistance practice of the maternity nurses the the proposed reference in a perspective of continuity of care. For data collection, the focus group technique and awareness strategies with nurses and nursing staff were used. Content analysis, started from two previously established categories: "problem-based nursing care" and "strengths-based nursing care". 3. understand the perception of women admitted to the usual risk maternity, seeking the reflection of this reference in the nursing care provided. Interviews were conducted with 20 women admitted to the maternity hospital, using a semi-structured instrument. **Results:** 1. 332 medical records of women admitted to the study maternity were evaluated. The descriptive analysis showed women with a high level of education; adequate adherence to prenatal care; risk stratification consistent with usual risk motherhood; and relevant rate of pregnant teenagers. 2. A care model in transition was perceived; part of nurses focused on care in the institution's procedures and routines, with a prescriptive posture, hierarchical relationship and influenced by pre-established judgments. And other nurses who have the elements of SBC in their care practice: uniqueness, person-centered care, empowerment, self-determination, learning, preparation and timing, collaborative partnership and health promotion, were present at all points of maternity care, deserving highlight to the Obstetric Center. 3. The elements of the theoretical framework of were perceived by women admitted to the maternity ward in the nursing care provided. Nursing care was considered different, providing security for women and their families, resulting in health promotion and self-care. **Final considerations:** Nurses' actions are influenced according to the point of assistance, their academic and permanent training, their ability to adhere to new proposals, the possibility of unveiling their own potential and the values that underlie their professional performance. It is noticed that the obstetric care model may be in transition, the technocratic model is present in care practice, but nurses have elements of the theoretical framework that meet the technical-scientific precepts of obstetrics, public policies, humanization of childbirth and the continuity of care, strengthening the woman and her family as protagonists of this process.

Keywords: Nursing. Obstetric nurses. Women's health. Holistic nursing. Nursing theory.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - ESTRUTURA DO ESTUDO.....	28
FIGURA 2 – PROCESSO DE ENFERMAGEM EM ESPIRAL.....	42
FIGURA 3 - A MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL INSERIDA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER.....	53
FIGURA 4 - DETALHAMENTO DOS PONTOS ASSISTENCIAIS DA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL .....	60
FIGURA 5 - FLUXO DE ATENDIMENTO DAS MULHERES NA MATERNIDADE ....	77
FIGURA 6 - REPRESENTAÇÃO DOS ELEMENTOS IDENTIFICADOS NA PRÁTICA DOS ENFERMEIROS DA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL ....	113

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - RESUMO DAS ETAPAS DO ESTUDO .....	62
QUADRO 2 - PRONTO ATENDIMENTO .....	79
QUADRO 3 – CENTRO OBSTÉTRICO .....	82
QUADRO 4 – ALOJAMENTO CONJUNTO.....	88
QUADRO 5 - UNIDADE DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO NEONATAL CONVENCIONAL.....	90
QUADRO 6 - AMBULATÓRIO .....	92
QUADRO 7 – PERSPECTIVA DA APLICAÇÃO DO SBC NA PRÁTICA PROFISSIONAL SEGUNDO OS ENFERMEIROS.....	94
QUADRO 8 - PERCEPÇÃO DO SBC NA PRÁTICA ASSISTENCIAL DOS ENFERMEIROS SEGUNDO AS MULHERES .....	98

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	72
TABELA 2 - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DAS MULHERES HOSPITALIZADAS NA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL (ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS).....	75
TABELA 3 - ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS GESTANTES ATENDIDAS NA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL .....	76

## LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AC	- Alojamento Conjunto
AMB	- Ambulatório
APS	- Atenção Primária à Saúde
CC	- Continuidade do Cuidado
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CHC	- Complexo Hospital de Clínicas
CJNR	- <i>Canadian Journal of Nursing Research</i>
CO	- Centro Obstétrico
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
CPN	- Centro de Parto Normal
GPPGPS	- Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde
HIV	- <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBSP	- Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	- Ministério da Saúde
MVFA	- Maternidade Victor Ferreira do Amaral
ODM	- Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONU	- Organização das Nações Unidas
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PA	- Pronto Atendimento
PHPN	- Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PRMP	- Programa Rede Mãe Paranaense
RAS	- Rede de Atenção à Saúde
RN	- Recém-nascido
SBC	- <i>Strengths-Based Care</i>
SESA/PR	- Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UCINCo	- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas pela Infância

WHO/OMS - *World Health Organization*/Organização Mundial da Saúde



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>30</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>44</b>
3.1	CONTINUIDADE DO CUIDADO, OS CUIDADOS DE TRANSIÇÃO, A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE, NA PERSPECTIVA DA SAÚDE DA MULHER ...	44
3.2	A HISTÓRIA E ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO BRASIL	53
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>57</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO .....	57
4.2	CENÁRIO .....	58
4.3	ASPECTOS ÉTICOS .....	61
4.4	ETAPAS DO ESTUDO .....	61
4.4.1	Etapa 1: descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres atendidas na maternidade de risco habitual .....	63
4.4.2	Etapa 2: identificar se os enfermeiros adotam empiricamente na sua prática do cuidado assistencial na maternidade o referencial “ <i>Strenghts-Based Care</i> ”, numa perspectiva de continuidade do cuidado .....	63
4.4.2.1	Acompanhamento dos enfermeiros nos diferentes pontos assistenciais.....	64
4.4.2.2	Reuniões com os enfermeiros utilizando a técnica de coleta de dados de grupo focal.....	64
4.4.2.3	Encontros científicos.....	68
4.4.2.4	Sensibilização ampliada .....	69
4.4.3	Etapa 3: Compreender a percepção que as mulheres hospitalizadas têm, numa maternidade de risco habitual, buscando o reflexo do SBC na assistência de enfermagem prestada .....	69
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>71</b>
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO (ENFERMEIROS E MULHERES) .....	71
5.1.1	Caracterização dos participantes do estudo – Enfermeiros.....	71
5.1.2	Caracterização dos participantes do estudo – Mulheres entrevistadas .....	72
5.2	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DAS MULHERES ATENDIDAS NA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL.....	72
5.3	O SBC NA PRÁTICA ASSISTENCIAL DOS ENFERMEIROS.....	76

5.3.1	Pronto Atendimento .....	77
5.3.2	Centro Obstétrico.....	81
5.3.3	Alojamento Conjunto .....	87
5.3.4	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCINCo) .....	89
5.3.5	Ambulatório.....	91
5.3.6	A perspectiva dos enfermeiros quanto à aplicação do SBC na sua prática profissional.....	93
5.4	A PERCEPÇÃO DAS MULHERES HOSPITALIZADAS EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM RECEBIDOS, TENDO COMO RESPALDO O REFERENCIAL TEÓRICO <i>STRENGTHS-BASED CARE</i> . .....	97
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>102</b>
6.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DAS MULHERES ATENDIDAS NA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL.....	102
6.2	O SBC NA PRÁTICA ASSISTENCIAL DOS ENFERMEIROS DA MATERNIDADE EM UMA PERSPECTIVA DE CONTINUIDADE DO CUIDADOS.....	107
6.3	A PERCEPÇÃO DAS MULHERES HOSPITALIZADAS NA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM RECEBIDOS, TENDO COMO RESPALDO O REFERENCIAL TEÓRICO <i>STRENGTHS-BASED CARE</i> . .....	123
<b>7</b>	<b>SOBRE PRESSUPOSTOS INICIAIS E A TESE DEFENDIDA .....</b>	<b>125</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>127</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>131</b>
	<b>APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ENFERMEIROS .....</b>	<b>147</b>
	<b>APÊNDICE 2 - EXEMPLO DE ROTEIRO DAS REUNIÕES DE GRUPO ..</b>	<b>151</b>
	<b>APÊNDICE 3 - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENFERMEIROS NO FINAL DA ETAPA 2.....</b>	<b>152</b>
	<b>APÊNDICE 4 - RELATO DE CASO DOS ENFERMEIROS APÓS A ETAPA 2.....</b>	<b>153</b>
	<b>APÊNDICE 5 - RELATO DE CASO DOS ENFERMEIROS APÓS A ETAPA 2.....</b>	<b>155</b>
	<b>APÊNDICE 6 - RELATO DE CASO DOS ENFERMEIROS APÓS A ETAPA 2.....</b>	<b>157</b>

<b>_____ APÊNDICE 7 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - MULHERES.....</b>	<b>158</b>
<b>_____ ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CHC/UFPR.....</b>	<b>162</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Sou enfermeira do Complexo Hospital de Clínicas (CHC) da Universidade Federal do Paraná (UFPR) desde 2006 e desenvolvi minhas atividades profissionais nas áreas assistenciais e administrativas. No período entre 2018 e 2020, atuei como enfermeira de ligação na Unidade de Gestão de Altas da Maternidade Victor Ferreira do Amaral (MVFA/CHC), referência no atendimento a gestantes de risco habitual, considerada um ponto importante na rede de assistência à saúde da mulher de Curitiba.

Atuar como Enfermeira de Ligação nesta maternidade me possibilitou vivenciar esta linha de cuidado, transitar pelos diferentes serviços e conviver com os Enfermeiros Obstetras, atores principais do cuidado nesta instituição.

Estes profissionais representam uma especialidade da Enfermagem que tem uma história de longa data, marcada pela busca de autonomia profissional por meio do conhecimento científico, descentralização da assistência e da humanização para o atendimento às mulheres em período gestacional, processo de parto e puerpério. Trabalham no resgate da gestação como fenômeno fisiológico da mulher como protagonista da sua história, buscando exercer sua prática como facilitadores/apoiadores desta fase de transição.

Os enfermeiros atuam efetivamente no processo de parto, culminando na diminuição de cesáreas e morbimortalidade materna e neonatal. A assistência prestada a partos de baixo risco por enfermeiros obstetras está ligada a mudanças nas práticas e rotinas institucionais e inserida no contexto da humanização do parto e nascimento.

Convivendo com estes profissionais, tive a possibilidade de me aprofundar nesta linha de cuidado e perceber as possibilidades e os desafios desta especialidade. Neste ínterim, fui apresentada à abordagem filosófica “*Strengths-Based Care – SBC*”, desenvolvida pela *School of Nursing da McGill University*, do Canadá (GOTTLIEB, 2016), no Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde, pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Bernardino.

Esta abordagem filosófica tem a pretensão de refletir sobre a prática assistencial, o ensino, a gestão e a liderança de Enfermagem, proporcionando às mulheres cuidados de transição efetivos e seguros, bem como incentivando o

empoderamento da mulher que vivencia sua gestação e parto, promovendo a saúde e prevenindo complicações.

Inserida neste cenário e com a possibilidade de contribuir com reflexões relacionadas com a prática profissional dos enfermeiros da maternidade, fui motivada a desenvolver este estudo, que teve como objetivo geral repensar as práticas de enfermagem e a continuidade do cuidado da admissão até a alta em uma maternidade<sup>1</sup> de risco habitual na cidade de Curitiba, tendo como fundamentação teórica a abordagem filosófica “*Strengths-Based Care* (SBC)”. Este estudo faz parte do Projeto de Pesquisa coordenado pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Bernardino, intitulado “Da admissão até a alta: continuidade do cuidado em saúde”, da linha de pesquisa de “Gerenciamento de ações e serviços de saúde e enfermagem”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

Na introdução, serão apresentadas a linha de cuidado obstétrica e a evolução da assistência à gestante e parturiente, a vulnerabilidade vivenciada pelas mulheres durante o processo gestacional, a continuidade do cuidado por meio das redes de atenção à saúde, o enfermeiro como articulador de um novo modelo assistencial desta linha de cuidado e o *Strengths-Based Care* (SBC) como suporte teórico possível para esta prática profissional.

A obstetrícia, como conjunto de práticas tocológicas, teve sua origem no conhecimento acumulado pelas parteiras, com participação predominantemente feminina (GARCIA et al., 2010). No passado, a assistência às gestantes era feita por curandeiras, parteiras ou comadres, que conheciam o processo do parto e puerpério, e o aprendizado deste ofício acontecia na prática com base nas suas próprias experiências e no auxílio às parteiras mais experientes (GARCIA et al., 2010; SENA et al., 2012; ALVES et al., 2016).

---

<sup>1</sup> As instituições de saúde são compostas por unidades assistenciais que prestam assistência específica, conforme seus objetivos distintos. As maternidades seguem este mesmo padrão de assistência parcelada e específica em cada ponto assistencial. Há necessidade de coerência entre os pontos assistenciais, de tal maneira que seja perceptível pelas mulheres, no caso das maternidades, que todos os pontos assistenciais façam parte de um todo articulado. Para isto, são necessárias ações coordenadas para que se perceba, na assistência prestada, a continuidade do cuidado.

O parto representa o ápice dos fenômenos emocionais, psíquicos, sociais e existenciais para a mulher, o recém-nascido e a família. Fenômeno que foi, por muito tempo, vivenciado pelas mulheres e suas famílias em seu mundo circundante, sem a intervenção de técnicas e a presença de pessoas que não faziam parte do seu mundo comunitário (ALVES et al., 2016).

A evolução histórica da saúde e das profissões possibilitou uma aplicação tecnicista no processo de parir, passando as mulheres a ser assistidas em instituições com a presença de outros sujeitos, os profissionais da saúde. Parir e nascer, historicamente considerados naturais, privados, íntimos e femininos, a partir da institucionalização do parto, passou a ser caracterizado como evento técnico especializado no quadro das ciências da saúde. O fenômeno do parto passou a ser reduzido à sua dimensão puramente biológica, para o qual foram desenvolvidos inúmeros dispositivos técnicos de assistência (DINIZ, 2005; ALVES et al., 2016).

O desenvolvimento desses dispositivos repercutiu diretamente no aumento de intervenções obstétricas. Essas intervenções desenvolvidas para o “tratamento” da gestação vieram acompanhadas de um descompasso pois, mesmo com a intenção de otimizar a assistência para as mulheres, estas são por vezes aplicadas de maneira desnecessária e para outras, estas intervenções não acontecem em momento oportuno, contribuindo para a morbimortalidade materna (LEAL et al., 2014; HOOPE-BENDER et al., 2014; ALVES, 2016).

A mortalidade materna ainda é considerada um grande problema na saúde da humanidade, alcançando taxas assustadoramente elevadas. A taxa de mortalidade materna nos países em desenvolvimento em 2015 era de 239 por 100 mil nascidos vivos, versus 12 por 100 mil nascidos vivos em países desenvolvidos (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2020a). No Brasil em 2019, a taxa de mortalidade materna era de 62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, no estado do Paraná, esta taxa se encontrava em 24,61 e na cidade de Curitiba, esta razão alcançou o número de 16,32 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos (PARANÁ, 2019).

Em decorrência dessas altas taxas de morbidade e mortalidade materna e ciente de que a saúde reprodutiva materna e neonatal é prioridade global, a Organização Mundial de Saúde (OMS), juntamente com outras agências internacionais, tais como Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Fundo Internacional de Emergência para Crianças das Nações Unidas (UNICEF) e o Banco



Mundial, publicaram, em 1996, o guia para o cuidado ao parto normal. Trata-se de um material, fruto de discussões internacionais baseadas em evidências científicas, que foi um marco na promoção de partos saudáveis e em resposta a estas altas taxas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996; PARADA, 2019; OPAS, 2020a). Atualmente, substituído pelo *“Intrapartum care for a positive childbirth”* que coloca as práticas de assistência ao parto como recomendadas e não recomendadas (WHO, 2018).

Estas organizações internacionais vêm, ao longo do tempo, desenvolvendo inúmeras estratégias para a redução destes índices de intervenções desnecessárias, que representam a qualidade assistencial para as mulheres e um indicador do desenvolvimento das sociedades. Metas mundiais relacionadas à redução da mortalidade materna são constantemente discutidas e aplicadas em diversos países, destacando-se “Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)” (OPAS, 2020b).

Este arcabouço fundamentou a construção dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e das 169 metas associadas que foram apreciados na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2015. O documento “Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável” é um guia para as ações da comunidade internacional nos próximos anos (WHO, 2015).

Entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, destaca-se o **Objetivo 3, Saúde e Bem-Estar**, que busca assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, estabelecendo metas relevantes para a saúde materna, entre elas reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos e assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais (WHO, 2015).

Coadunando com estas metas mundiais, o Estado Brasileiro desenvolveu inúmeras iniciativas para o alcance destes objetivos, entre os quais se destaca o movimento pela humanização do parto. Trata-se de um movimento datado desde a década de 70 do século XX, em que diversas organizações estimularam a discussão e deram início a uma mudança marcante na realidade obstétrica. Marcos políticos relevantes alavancaram este movimento, tais como a criação do Prêmio Galba Araújo para maternidades e as casas de parto em 1998. Este prêmio era concedido às

instituições que preconizavam as recomendações da OMS (DINIZ, 2005; CARREGAL, et al., 2020).

Estas iniciativas inauguraram um processo mais amplo de humanização dos serviços conduzido pelo Ministério da Saúde, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e o Programa de Humanização de Hospitais, lançados em maio e junho de 2000, com o objetivo de ampliar as instituições envolvidas para esta mudança (DINIZ, 2005; CARREGAL, et al., 2020).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, instituído pela portaria/GM nº 569, de 1º de junho de 2000, tem como objetivo primordial assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2000).

A obstetrícia é uma solução vital para os desafios da prestação de cuidados maternos e neonatais de alta qualidade em todos os países. Melhorias na disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços de obstetrícia, dentro de um sistema de saúde que atenda às necessidades e exigências das mulheres, são cruciais na redução da morbimortalidade materna e do recém-nascido (HOOPE-BENDER et al., 2014).

Desta forma, a obstetrícia é considerada a linha de cuidado direcionada para o atendimento especializado das mulheres em idade fértil, recém-nascidos e famílias em todo o processo de pré-natal, gravidez, nascimento e puerpério até as primeiras semanas de vida do lactente. Inclui planejamento familiar e prestação de serviços de saúde reprodutiva. Não se trata de um serviço vertical oferecido como um segmento estreito do sistema, mas sim, parte essencial da cobertura universal de saúde (HORTON; ASTUDILLHO, 2014).

Deve primar pela assistência com cuidados preventivos, de suporte e tratamento eficaz para os problemas quando eles surgirem. Respeitar as mulheres e os recém-nascidos e propor respostas às suas necessidades, incluindo segurança, privacidade, dignidade e continuidade do cuidado. Aplicar intervenções somente quando indicadas e fortalecer a capacidade das mulheres cuidarem de si mesmas e de seus bebês (HORTON; ASTUDILLHO, 2014; HOOPE-BENDER et al., 2014).

A gestação deve ser considerada um fenômeno fisiológico em que a gestante e a equipe de saúde devem contemplar este processo como parte de uma experiência de vida saudável, com mudanças dinâmicas e a transição de um momento para outro

da vida da mulher, implicando alterações físicas, emocionais e sociais, sendo estes eventos considerados críticos ou pontos de viragem (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014; SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2019).

Este período de transição vivenciado pelas mulheres pode estar envolvido por sentimentos e situações diversas, tais como medo, angústia, ansiedade, injúria tecidual, alterações metabólicas e vulnerabilidades sociais. Os profissionais que acompanham este processo necessitam estar atentos para a integralidade e a individualidade (ARAÚJO et al., 2017; CARMO, GUIZARDI, 2018).

A mulher deve ser percebida como um todo, pertencente a um grupo em que as vulnerabilidades presentes não dizem respeito apenas às relacionadas à transição de um papel para outro, mas também às vulnerabilidades que envolvem seu papel social (COSTA; MARGUTI, 2015; ARAÚJO et al., 2017).

A vulnerabilidade social é definida como a ausência ou a insuficiência de alguns ativos, recursos ou estruturas como fluxo de renda, condições adequadas de moradia e acesso a serviços de educação. Situação de condição inerente ao ser humano, naturalmente necessitado de ajuda, é o estado de ser/estar em perigo ou exposto a potenciais danos em razão de uma fragilidade atrelada à existência individual, eivada de contradições estando associada a maiores níveis de estresse e de ansiedade na mãe antes e durante a gravidez (COSTA; MARGUTI, 2015; CARMO, GUIZARDI, 2018).

As situações de vulnerabilidade exigem da sociedade, dos governantes, bem como dos profissionais, avaliações e ações que levem em consideração o seu contexto social, resguardando sua integralidade e proporcionando a continuidade do cuidado quando necessário.

Todo o processo relacionado ao cuidado obstétrico depende da continuidade do cuidado (CC)<sup>2</sup>. Assegurar que ela seja atendida numa rede de serviços, desde o diagnóstico de gravidez até o parto e seu retorno para o domicílio, envolve muitos

---

<sup>2</sup> Continuidade do Cuidado (CC) está relacionada com assistência à saúde recebida de forma progressiva, organizada, ininterrupta e individualizada (IRWIN; AGIUS, 2017); possibilitando a continuidade relacional, de gestão e informacional. Segundo Haggerty e colaboradores (2003), continuidade relacional, trata-se de uma progressiva relação terapêutica entre o usuário e o profissional ao longo do tempo; continuidade de gestão, refere-se à prestação de diferentes cuidados em saúde que se complementam entre si, em tempo oportuno, sem que haja duplicação ou atrasos na assistência; e continuidade informacional, referem-se ao acesso às informações prévias do paciente.

profissionais, processos de trabalho e instituições diferentes, sendo necessários uma linha de cuidado bem estruturada e profissionais envolvidos e integrados neste cuidado.

Esta rede de assistência, fortalecida por profissionais integrados e comprometidos com o cuidado, pode proporcionar condições para mitigar as vulnerabilidades sociais, agravadas, em algumas situações, pelo processo gestacional. Neste sentido, oferecer a continuidade informacional, de gestão e relacional, acolherá a mulher, possibilitando um cuidado integrado e seguro neste momento de transição.

A obstetrícia é constituída e respaldada por inúmeras políticas públicas consideradas o arcabouço legal desta linha de cuidado, estabelecendo fluxos e programas de assistência à saúde, que fortalecem o vínculo com a mulher. Quanto melhor o desempenho, a conectividade dos cuidados, melhor será a qualidade do atendimento, os resultados em saúde para esta usuária, bem como os benefícios de custo-efetividade para a população e para o sistema de saúde (TARRANT et al., 2010; UTZUMI, 2017).

Como ator fundamental neste cenário, destaca-se o enfermeiro, em especial o enfermeiro obstétrico. Este profissional deve seguir um modelo de assistência que busque resgatar valores como o protagonismo, a individualidade, a privacidade e a autonomia da mulher, objetivando a promoção de partos saudáveis, eliminando intervenções desnecessárias e oferecendo outras comprovadamente benéficas (HOOPE-BENDER et al., 2014; ALVES et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2018).

Deve estar comprometido com as boas práticas obstétricas e com o contexto das mulheres que estão sob seus cuidados para uma assistência individualizada e humanizada. Deve estar envolvido com a prevenção de possíveis agravos na assistência ao binômio mãe e recém-nascido (SANTOS et al., 2016; VIEIRA et al., 2016).

A participação desse profissional tem sido marcada por mudanças que acompanham a proposta de transformação das práticas na atenção ao parto para um modelo assistencial menos intervencionista. O modelo de humanização do parto e o nascimento buscam a formação de um novo arranjo de assistência, orientado pela segurança e eficácia dos procedimentos, pela maior promoção dos direitos das mulheres, através de uma nova cultura assistencial e comunicacional entre os sujeitos envolvidos (GOMES et al., 2013).

Respaldo legalmente pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 524/2016, o enfermeiro obstétrico tem capacidade e responsabilidades no acompanhamento da mulher, com início nas avaliações e intervenções do período pré-natal, no acompanhamento da progressão do parto sem distocia, proporcionando condições para o amparo e para o conforto da mãe e do recém-nascido, bem como nas avaliações e intervenções no período puerperal (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM 2016; VIEIRA et al., 2016).

Entretanto, percebe-se que estes profissionais têm dificuldade de mudar sua prática assistencial, ainda ancorada no modelo biomédico, no tecnicismo e no plano de cuidados baseado no levantamento de problemas. No sistema de saúde, este modelo de cuidado é dominante, os profissionais de saúde são treinados para tratar os problemas e corrigir as fraquezas (GOTTLIEB, 2016). Ao longo do tempo, a prática clínica da enfermagem foi norteadada por perspectivas que focalizavam o problema de maneira predominante (GOTTLIEB, 2016).

Esta abordagem, explorada à exaustão, tem influenciado a formação de enfermeiros e é estimulada na prática como uma forma de resolver problemas. Entretanto, falar em problemas não significa excluir os potenciais recursos e forças das pessoas, sendo necessário encontrar o equilíbrio e a integração entre o foco nas forças, enquanto se trabalha com os problemas (GOTTLIEB, 2016).

Há algum tempo que se tem a consciência de que a saúde e os problemas compõem um todo. A saúde implica a criação do todo, por sua vez, a identificação e o cuidado dos problemas devem servir para reparar e restaurar o todo, filosofia que sustenta a prática clínica dos enfermeiros (GOTTLIEB, 2016).

O todo reside na integração e coordenação entre e no meio de todos os aspectos de uma pessoa, incluindo o modo como vive e experencia o seu ambiente. A saúde requer conhecimentos e competências diversas, que vão além do modelo de levantamento de problemas. Só quando os enfermeiros reconhecem a necessidade de diferentes tipos de conhecimentos que provêm de diferentes fontes é que estão habilitados a lidar com as vulnerabilidades e fragilidades dos pacientes, de modo a trabalhar com eles e com suas famílias no sentido de restaurar e recriar um novo sentido e totalidade (GOTTLIEB, 2016).

Considerando que o sistema de saúde tem, em seu arcabouço teórico e legal, inúmeras políticas públicas que partem do princípio da participação ativa do indivíduo, do cuidado integral, centrado na pessoa e, portanto, do cuidado holístico, não seria

uma contradição ter a prática profissional fundamentada no cuidado holístico e o cuidar por meio de um modelo com base no levantamento de problemas, desconsiderando o potencial, os recursos, as qualidades e as forças das pessoas?

Em relação às maternidades, há necessidade de considerar os problemas apresentados pelas mulheres na prática dos enfermeiros, resgatando o cuidar profissional, que deve ser holístico. Considerar o contexto da mulher e seus recursos e proporcionar condições para que ela exerça a sua autodeterminação poderá ser uma estratégia para que ela passe da melhor maneira possível por este processo de transição. Para tanto, é fundamental que a prática destes enfermeiros seja alicerçada num referencial teórico que coadune com o histórico destes profissionais, com as políticas públicas que buscam um novo modelo de cuidado que sirva como guia para a prática profissional e evidencie a integralidade e a continuidade do cuidado.

Ciente destas considerações e procurando fortalecer a prática profissional dos enfermeiros obstetras, vislumbra-se a necessidade de repensar esta prática sob uma perspectiva que resgate os valores do cuidado profissional e evidencie a mulher e sua família como atores ativos no processo gestacional. Essa perspectiva pode ser fundamentada nos pressupostos filosóficos do *Strengths-Based Care* (SBC), desenvolvido por Laurie Gottlieb (2011), sendo este o quadro de referência em enfermagem deste estudo.

O SBC é uma abordagem que considera a totalidade da pessoa, centra-se no que está funcionando bem, no que a pessoa faz de melhor e nos recursos que os indivíduos dispõem que os ajudam a lidar de maneira mais eficaz com os desafios dos cuidados de saúde. Representa um ressignificado do conceito de cuidar profissionalmente de outra pessoa. Conduz os enfermeiros às raízes do cuidar, focados na pessoa e na humanidade, solicitando que encarem sua singularidade, não apenas sua doença ou problemas. O enfermeiro identifica e desenvolve as forças da pessoa e da família, utilizando a parceria colaborativa para ajudá-lo a alcançar seus objetivos de saúde (GOTTLIEB, 2016).

O enfermeiro pode ajudar as pessoas de diferentes formas. Pode ajudar as pessoas concentrando-se nos seus problemas, tentando corrigi-los, ou pode trabalhar com as pessoas, fortalecendo seus pontos fortes, ajudando-as a lidar com suas preocupações, construindo soluções em parceria com o paciente e/ou sua família, potencializando suas forças (GOTTLIEB, 2016).



As forças, por sua vez, podem ser de natureza biológica, relacionadas com as características bioquímicas, genéticas, hormonais e físicas de cada indivíduo; intra e interpessoal, que residem na pessoa e definem sua personalidade e são consideradas uma parte dos recursos internos da pessoa; e sociais, conhecidas comumente como recursos ou bens, que provêm do ambiente da pessoa ou do que pode estar disponível (GOTTLIEB, 2016).

O SBC tem oito valores que fundamentam esta abordagem filosófica, sendo eles: saúde e cura; singularidade da pessoa; holismo e *embodiment*; realidade objetiva, subjetiva e construção do significado; autodeterminação; pessoa e ambiente estão integrados; aprendizagem, preparação e *timing*; e parceria colaborativa. Este referencial é pertinente e alinhado às políticas públicas de saúde da mulher e da criança, podendo contribuir para a visibilidade da atuação do enfermeiro, para a saúde da população, promovendo a integralidade e a continuidade do cuidado.

Neste sentido, para o desenvolvimento deste estudo, foram elencados os seguintes pressupostos:

- a) Enfermeiros de uma maternidade de risco habitual necessitam de um referencial teórico para exercer sua prática;
- b) As práticas de enfermagem na linha de cuidado obstétrica devem ser executadas na perspectiva da continuidade do cuidado e não como atividades isoladas nos diferentes pontos da rede assistencial;
- c) *Strengths-based Care* pode ser um suporte teórico para os enfermeiros exercerem suas práticas em maternidade de risco habitual;
- d) As mulheres atendidas na maternidade de risco habitual têm a percepção de que o cuidado de enfermagem é diferenciado e promotor da sua saúde.

O Enfermeiro tem a competência de ser o articulador e o advogado do direito destas mulheres neste momento de transição e vulnerabilidade. E considerando o número de intervenções, de morbimortalidade materna no mundo e no Brasil, desperta-se a necessidade de mudança de modelo de atenção, atualmente no tecnocrático, humanístico e agora fortemente buscando o holístico que coloca a mulher saudável no centro do cuidado esta prática, relacionada com o menor número de intervenções e mais experiência positiva no processo de parturição, vem sendo acompanhada no Brasil com as diversas políticas públicas, tais como a Rede Cegonha, e que possui uma afinidade com a abordagem filosófica SBC.

Esta abordagem poderá contribuir para sustentar conceitualmente as práticas dos enfermeiros, permitindo que ocorram mudanças na assistência à saúde, bem como o empoderamento da mulher e de sua família. Diante deste contexto, defende-se a seguinte tese:

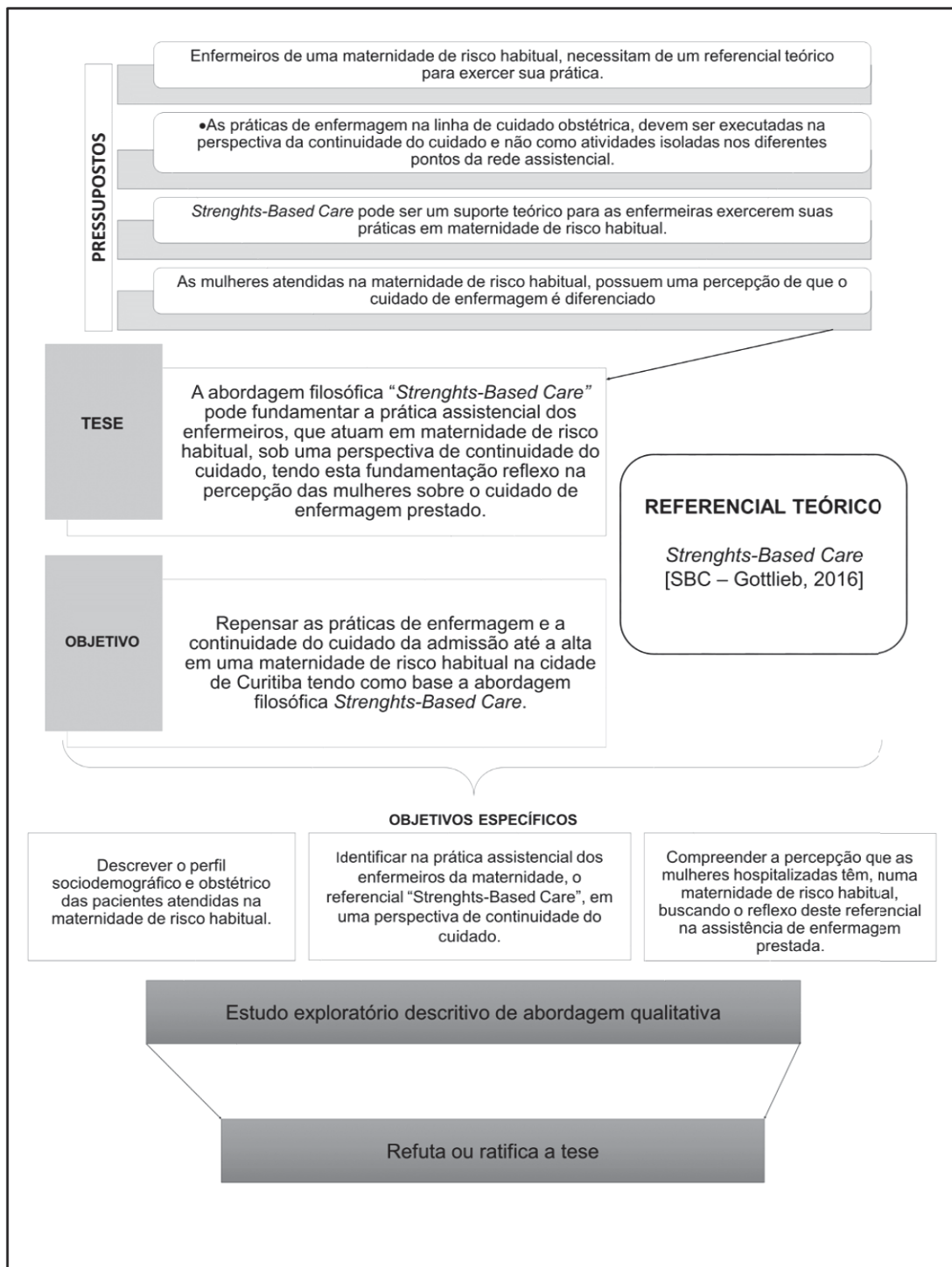
A abordagem filosófica “*Strenghts-Based Care*” pode fundamentar a prática assistencial dos enfermeiros, que atuam em maternidade de risco habitual, sob uma perspectiva de continuidade do cuidado, tendo esta fundamentação reflexo na percepção das mulheres sobre o cuidado de enfermagem prestado.

Este estudo tem como objetivo geral repensar as práticas de enfermagem e a continuidade do cuidado da admissão até a alta em uma maternidade de risco habitual na cidade de Curitiba, tendo como fundamentação teórica a abordagem filosófica *Strenghts-Based Care*. Para tanto, foram elencados três objetivos específicos, sendo eles:

- a) descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres atendidas na maternidade de risco habitual;
- b) identificar na prática assistencial dos enfermeiros da maternidade o referencial “*Strenghts-Based Care*”, em uma perspectiva de continuidade do cuidado; e
- c) compreender a percepção que as mulheres hospitalizadas têm, numa maternidade de risco habitual, buscando o reflexo do SBC na assistência de enfermagem prestada.

A FIGURA 1 mostra a estrutura do estudo.

FIGURA 1 - ESTRUTURA DO ESTUDO



FONTE: A autora (2021).

A construção desta pesquisa tem como referencial teórico a abordagem filosófica *Strenghts-Based Care* (SBC), segundo a teórica de enfermagem Laurie Gottlieb (2016), apresentada no capítulo 2. A revisão de literatura apresentada no capítulo 3 descreve os conceitos fundamentais relacionados à continuidade do cuidado, os cuidados de transição, a rede de atenção à saúde na perspectiva da saúde

da mulher, a história e a atuação da enfermagem obstétrica. Em seguida, é apresentado o método utilizado, os capítulos subsequentes abordarão os resultados, a discussão dos achados e as considerações finais.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

No sistema de saúde, o modelo do déficit ou baseado no levantamento de problemas permanece como o modelo dominante dos cuidados. Os profissionais de saúde são treinados para tratar os problemas, corrigir as fraquezas e minimizar os déficits. Diagnosticar reside em interpretar, rotular o problema. O tratamento reside em eliminar a patologia, desbloquear a obstrução, com a minimização ou a eliminação do agente patógeno, e a supressão das partes doentes do corpo (GOTTLIEB, 2016 p. 7).

Ao longo do tempo, a prática clínica de enfermagem foi norteadada por perspectivas que focalizavam o déficit ou o problema de maneira predominante. Entretanto, já tem a consciência de que a saúde e a cura significam um todo; a saúde implica a criação do todo, por sua vez, a cura implica reparar e restaurar o todo, sendo este o trabalho da enfermagem (GOTTLIEB, 2016, p. 7).

O todo reside na integração e coordenação entre e no meio de todos os aspectos de uma pessoa, incluindo o modo como vive e experiencia o seu ambiente. É na cura que a pessoa se descobre e, neste processo, desenvolve-se, evolui, cresce e se transforma. Saúde e cura requerem conhecimentos e competências diversas, que vão além do modelo de déficit. Só quando os enfermeiros reconhecem a necessidade de diferentes tipos de conhecimentos que provêm de diferentes fontes, é que estão habilitados a lidar com as vulnerabilidades e fragilidades dos pacientes, de modo a trabalhar com eles e com suas famílias no sentido de restaurar e recriar um novo sentido e totalidade (GOTTLIEB, 2016 p. 28).

Neste contexto, emerge a obra da Dr.<sup>a</sup> Laurie Gottlieb, “*Strengths-based nursing care: health and healing for person and family*” (2011), traduzida para português de Portugal em 2016, sob a coordenação da Professora Dr.<sup>a</sup> Paula Encarnação, com o título “O Cuidar de Enfermagem baseado nas Forças: saúde e cura para a pessoa e família”.

O SBC é uma nova filosofia para o cuidado de enfermagem. É caracterizada pelo foco sobre as capacidades, competências e recursos dos pacientes e da família. Ao utilizar esta perspectiva, o enfermeiro busca identificar as forças existentes dentro e em torno do indivíduo, da família ou da comunidade. A abordagem destaca a relação de parceria colaborativa entre o enfermeiro e o paciente, na definição de metas

positivas e de opções de cuidado que se ajustam aos valores de cada paciente, família ou situação (GOTTLIEB, 2016, p. 23).

Embora esta perspectiva seja inédita no Brasil, esta filosofia vem sendo desenvolvida desde 1977 pela Dr.<sup>a</sup> Moyra Allen, da *School of Nursing*, da *McGill University*, Canadá, e aprimorada pela Dr.<sup>a</sup> Laurie Gottlieb, autora do livro “*Strengths-Based Care - SBC: Health and Healing for Person and Family*”<sup>3</sup> (GOTTLIEB, 2016, preâmbulo XXX).

A Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Laurie Gottlieb é professora na *Ingram School of Nursing, McGill University*, Montreal, Canadá. Foi diretora da *McGill School of Nursing* entre 1995 e 2001. É editora emérita do *Canadian Journal of Nursing Research* (CJNR), lugar que ocupa há 22 anos. Recebeu prestigiados prêmios, incluindo o *Centennial Award*, o primeiro e único prêmio da *Canadian Nurses Association* que reconheceu as 100 enfermeiras mais influentes no Canadá, entre outros. É autora de diversos livros, tem desenvolvido, investigado e publicado amplamente o Modelo de Enfermagem de McGill. Assim, o Cuidar em Enfermagem baseado nas Forças é uma abordagem orientada para o valor da enfermagem, representa o culminar de mais de 40 anos de investigação e reflexão sobre o papel único da enfermagem na saúde e na cura, numa visão da promoção da saúde (GOTTLIEB, 2016, preâmbulo XXXII).

O SBC é uma abordagem que considera a totalidade da pessoa, centra-se nos pontos fortes da pessoa e sua família, no que a pessoa faz de melhor, nos recursos que os indivíduos têm e que os ajudam a lidar mais eficazmente com a sua vida e nos desafios dos cuidados de saúde (GOTTLIEB, 2016, p. 1).

Relaciona-se com o modo como os enfermeiros podem apoiar o que está em bom funcionamento, a fim de ajudar os pacientes, familiares e comunidades a se adaptar, desenvolver, crescer, prosperar e transformar. Conduz os enfermeiros às raízes do cuidar do ser humano, focado na personalidade e na humanidade, pensando nos pacientes para além de suas doenças e seus problemas. Esta abordagem desafia os enfermeiros a trabalhar com os pacientes e familiares de forma que as suas decisões sobre o cuidado de saúde sejam tomadas em parceria para melhor

---

<sup>3</sup> GOTTLIEB, L.N. **O cuidar em enfermagem baseado nas forças**: saúde e cura para a pessoa e família. Loures/POR: Lusodidacta, 2016.

GOTTLIEB, L.N. *Strengths-based nursing care: health and healing for person and family*. Springer Publishing Company. New York, USA, 2011.

responderem às suas necessidades. Requer uma nova orientação, uma nova filosofia para o cuidar (GOTTLIEB, 2016, p.1).

Os enfermeiros e outros profissionais de saúde integram as profissões denominadas “de ajuda”. O termo “ajuda” implica o desejo e a vontade de assistir, corrigir, reparar algo que está errado ou que funciona mal ou está deteriorado. Entretanto, existem diferentes formas de ajudar. O Enfermeiro pode ajudar as pessoas, concentrando-se nos seus problemas, tentando corrigi-los, ou pode trabalhar com as pessoas, fortalecendo seus pontos fortes, ajudando-as a lidar com suas preocupações, a encontrar soluções para seus problemas e a escolher como viver com eles. Esta última abordagem é a filosofia do SBC. Requer que os enfermeiros conheçam os valores dos seus pacientes e os respeitem (GOTTLIEB, 2016, p. 2).

Atualmente o modelo baseado no levantamento de problemas é o pensamento dominante do sistema de saúde, devido em parte à prevalência do modelo biomédico (FLORES, PEREIRA, SILVA, 2018; SOUZA et al., 2019; TERRA, CAMPOS 2019; AMARAL et al., 2019), que foi desenvolvido há muitas gerações para ajudar os médicos a entender os problemas clínicos dos seus pacientes, a chegar a um diagnóstico preciso e a encontrar o melhor tratamento. Este modelo se caracteriza por uma abordagem reducionista em que os doentes são denominados segundo suas partes do corpo, tendo sua personalidade ignorada (GOTTLIEB, 2016, p. 7).

Ao longo da história da saúde pública, alguns modelos de atenção à saúde foram construídos com base em duas vertentes principais: uma atrelada ao momento político, aliada aos interesses econômicos e ao pensamento dominante da época; e outra, a própria concepção de saúde que, por muitas décadas, restringiu-se à visão biologicista. As limitações advindas do modelo biomédico e os avanços na compreensão do processo saúde-doença, que envolvia os determinantes sociais, foram pontes para a construção de novos modelos (ESMERALDO et al., 2017). Estratégias e modelos que ampliam a assistência à saúde para além visão tecnicista e biomédica enfatizam a humanização e valorizam a decisão dos pacientes, estando em evidência nos últimos anos (ESMERALDO et al., 2017; FLORES; PEREIRA; SILVA, 2018).

Alterar esta percepção do cuidado centrado no levantamento de problemas para o cuidar baseado nas forças é o foco central desta abordagem filosófica. O SBC não nega ou ignora os problemas, muito menos desconsidera as fragilidades, ele usa

as forças para equilibrar e superar as dificuldades de saúde vivenciadas pelo indivíduo e sua família (GOTTLIEB, 2016, p. 27).

Atualmente as instituições e governos têm-se organizado para a criação de um sistema de saúde que aborde diferentes valores que reorientem os serviços sob quatro perspectivas, sendo elas:

- a) o cuidado centrado no paciente/pessoa/família/relação;
- b) o movimento de *empowerment* no paciente/família;
- c) promoção da saúde, prevenção de doenças e autocuidado; e
- d) parceria colaborativa nos cuidados.

Estas quatro abordagens são consideradas os quatros pilares do SBC. No âmago destes valores, estão a crença e a valorização da pessoa e das suas forças. O SBC coloca o paciente no centro do cuidado, capacita as pessoas a atingir suas próprias metas e a encontrar um novo significado nas suas vidas (movimento de *empowerment*<sup>4</sup>). Trata-se de um pré-requisito para a mudança, uma exigência para o autocuidado, que incentiva a pessoa a assumir e a se responsabilizar pela sua própria saúde, recuperação e cura. Requer uma relação colaborativa entre a pessoa e o prestador de cuidados de saúde, trabalha com as forças biológicas intra e interpessoais e sociais para ajudar o indivíduo a lidar com os desafios, atingir metas e atuar integradamente na totalidade da pessoa, tornando-se comprometido com o seu desenvolvimento (GOTTLIEB, 2016, p.16).

O enfoque nas forças mostrou ser eficaz em diferentes populações ao lidar com uma ampla gama de problemas e condições de saúde em diferentes cenários. Pessoas cuidadas por profissionais que utilizam as forças como referência para a assistência apresentam melhorias na sua saúde e qualidade de vida, maior bem-estar, aumento da resiliência, maior crescimento pessoal, relações mais positivas e aumento do controle e autoeficácia (GOTTLIEB, 2016, p. 27).

---

<sup>4</sup> *Empowerment* é um processo social de reconhecimento, promoção e melhoria da capacidade de as pessoas satisfazerem suas próprias necessidades, resolverem seus próprios problemas e mobilizarem recursos necessários, a fim de sentirem controle sobre suas próprias vidas. Requer algumas competências para ser eficaz: acesso à informação; ter um leque de opções de escolha; assertividade para expressar suas ideias e mantê-las; crença que uma pessoa pode fazer a diferença e aprender a pensar criticamente. Os profissionais de saúde criam condições que permitem às pessoas adquirir estas competências para promover seu próprio *empowerment*. (GOTTLIEB, 2016)



A palavra força é um conceito abrangente que inclui tanto as qualidades internas da pessoa ou unidade (família, comunidade) como os recursos externos de que dispõem. As forças nas pessoas devem ser compreendidas como qualidades, aptidões, competências, capacidades e habilidades distintas, que coexistem com as fraquezas (GOTTLIEB, 2016, p. 126).

São as qualidades especiais e únicas da pessoa ou família que determinam o que a pessoa é capaz de fazer, definem a personalidade do indivíduo e dão expressão à sua humanidade. São capacidades que permitem às pessoas lidar com os desafios da vida, com as incertezas e empoderá-las nos momentos em que precisam se recuperar, retomar e se refazer de todos os tipos de agressões (doenças, traumas, deficiências etc.). As forças permitem às pessoas e suas famílias viver plenamente nos seus ambientes, nas suas relações e interações. São recursos inestimáveis de poder e energia que ajudam a pessoa e sua família a fazer face aos pequenos e grandes desafios da vida. As forças podem ser de natureza biológica, psicológica e social (GOTTLIEB, 2016, p. 127).

Os enfermeiros devem desvelar as forças dos pacientes e suas famílias, desenvolvendo-as para elaborarem o plano de cuidados. Usar as forças significa centrar-se no seguinte (GOTTLIEB, 2016, p.138):

- a) conhecer a pessoa e/ou família: o que é importante e significativo para eles e o que eles querem atingir;
- b) observar e perguntar sobre o que está funcionando e o que eles fazem de melhor;
- c) compreender que as forças podem surgir de vários modos e que essas forças em parte definem a singularidade da pessoa e da família;
- d) perceber que a pessoa e sua família têm potenciais, forças, recursos, fraquezas resilientes e vulnerabilidades;
- e) reconhecer que as forças são a chave para a saúde, recuperação e cura da pessoa e família; e
- f) compreender que os enfermeiros necessitam ter ou desenvolver forças pessoais específicas a fim de praticar o SBC.

Foram identificadas quatro categorias de forças da pessoa e família, requeridas para a saúde e cura, sendo elas (GOTTLIEB, 2016, p. 127):

- a) características do próprio indivíduo como otimismo, resiliência, abertura, flexibilidade;

- b) ativos: do próprio indivíduo, por exemplo, sistema imunológico ou estão disponíveis para a pessoa e família, como situação financeira, relações de suporte;
- c) habilidades, capacidades, competências e aptidões que um indivíduo ou uma família podem desenvolver através da experiência, adquirindo informação, aprendendo e praticando, por exemplo, competências de resolução de problemas; e
- d) transitoriedade, que funciona como uma força que varia em intensidade dependendo da situação e circunstância, por exemplo, nível de motivação da pessoa.

Os enfermeiros que praticam o SBC compreendem que os problemas e déficits podem ser oportunidades para desenvolver novas forças ou potencializar as que já existem. São nove as características das forças que os enfermeiros necessitam compreender para prestar cuidados às pessoas e famílias (GOTTLIEB, 2016, p.139):

- a) As forças são características em desenvolvimento;
- b) Podem ser desenvolvidas através da aprendizagem;
- c) Coexistem com as fraquezas e vulnerabilidades;
- d) Estão relacionadas com os objetivos;
- e) São definidas pelo seu contexto e circunstância;
- f) São multidimensionais;
- g) Podem ser “esvaziadas” ou reforçadas;
- h) São transferíveis; e
- i) São construções pessoais.

Um enfoque sobre as forças não ignora as fraquezas ou menospreza as vulnerabilidades da pessoa, não se trata de enquadrar problemas e fraquezas em termos de forças, trata-se de perceber o todo. Trata-se de encontrar forças e reconhecer que elas coexistem com as fraquezas, trata-se de atingir o equilíbrio vital entre as duas e compreender como as forças e fraquezas interagem para promover a saúde, o restabelecimento e a cura (GOTTLIEB, 2016, p.144).

Entretanto, as forças são limitadas, podendo ser esgotadas com o uso excessivo e talvez necessitem ser restabelecidas ou recarregadas. O papel da enfermagem é reconhecer quando a pessoa necessita restabelecer suas energias. Existem vários fatores que afetam a capacidade de recurso das forças, destacando-

se, entre eles, a idade, o temperamento e o gênero, o contexto e circunstâncias vivenciadas, a dor, a depressão e a ansiedade, entre outros (GOTTLIEB, 2016, p.148).

A capacidade de recurso de uma força pode ser restabelecida com inúmeras estratégias, entre elas: conservar e redirecionar a energia através do descanso; reservar um tempo para si; remover agentes estressores e praticar algum tipo de exercício. Mudanças nas circunstâncias também podem ajudar a restabelecer a capacidade de recurso. Os enfermeiros podem ajudar as famílias a compreender suas próprias capacidades e a desenvolver os meios para restabelecer as reservas de energia esgotadas (GOTTLIEB, 2016, p. 149).

As forças podem ser visíveis ou invisíveis, óbvias, ou podem estar ocultas e necessitar serem desocultadas. Os enfermeiros necessitam estar conscientes dos fatores que afetam suas percepções e interpretações ao julgar uma qualidade ou uma ação como força e fraqueza, dependendo este julgamento, do conhecimento e envolvimento deste profissional com a pessoa, sua família e seu contexto (GOTTLIEB, 2016, p. 151).

O SBC é uma abordagem que orienta os enfermeiros na sua prática cotidiana, tendo por base um conjunto de pressupostos sobre saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem, os quatro elementos que compõem o metaparadigma da enfermagem (GOTTLIEB, 2016, p. 68).

No centro do SBC, estão algumas premissas que respeitam estes conceitos de saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem, destacando-se os seguintes (GOTTLIEB, 2016, p.69):

- Indivíduos, famílias e comunidades estão motivados e aspiram a um melhor estado de saúde e cura.
- As pessoas têm capacidade de crescer, transformar e de autocura.
- Cada pessoa é única. A singularidade da pessoa reflete-se nas respostas aos desafios de saúde.
- As pessoas funcionam como um todo integrado.
- As pessoas criam o seu próprio significado e dão sentido às suas experiências e às experiências dos seus ambientes.
- A força permite que as pessoas se adaptem a diferentes ambientes e lidem com diversas experiências de vida, atendendo a uma gama de desafios de saúde.

- A enfermagem existe para cuidar dos indivíduos, famílias e comunidades, de forma a ajudá-los a alcançar a saúde, facilitar o processo de recuperação e cura, aliviar o sofrimento e lidar com os problemas.
- A enfermagem trabalha com as pessoas e seus ambientes.
- Os enfermeiros fazem parte dos ambientes da pessoa e da família, também criam ambientes que promovem a cura.

Estas premissas dão origem a oito valores fundamentais subjacentes ao SBC:

**Valor 1 - Saúde e cura:** independentemente da gravidade da doença da pessoa, a saúde está sempre presente de alguma maneira. A saúde existe dentro da doença e a doença modifica a saúde de uma pessoa. Cura: Processo positivo, subjetivo e imprevisível, que envolve a transformação para um novo sentido de plenitude, transcendência espiritual e reinterpretação da vida. A saúde e a cura consistem num todo. Enquanto a saúde cria um todo, a cura baseia-se em restaurar e descobrir o todo (GOTTLIEB, 2016, p. 70)

**Valor 2 - Singularidade da pessoa:** A pessoa está em mudança constante e é influenciada por outras pessoas, ambientes, personalidade e genética; tem experiências únicas que afetam suas vidas. Ao nível da totalidade da pessoa, todos os indivíduos têm suas próprias experiências únicas e circunstâncias especiais que afetam o curso de suas vidas. A vida das pessoas é transformada por diferentes eventos transicionais, classificados em quatro tipos: eventos de desenvolvimento ao longo da vida; eventos situacionais; eventos sociais e culturais; e eventos de saúde e doença. Os eventos transicionais são geralmente eventos de transformação que alteram o rumo da vida da pessoa. Estes eventos constituem oportunidades para desenvolver forças, incluindo novas competências e habilidades. Assim, a singularidade da pessoa é uma expressão da interação entre suas características genéticas e biológicas e seus ambientes, tendo como base os princípios de criação da natureza (GOTTLIEB, 2016, p. 80).

**Valor 3 - Holismo e *embodiment*:** o foco de cuidado deve ser a pessoa, que deve ser vista como um todo unificado e indivisível. É mais que a soma das suas diferentes partes. *Embodiment* significa que mente e corpo são um só e trabalham juntos como um todo interligado e integrado. O corpo afeta o funcionamento da mente, e a mente afeta e direciona a forma como o corpo funciona. Outro aspecto é do ponto de vista de fenomenologia, ou seja, como a pessoa experiencia um evento e como vive com suas consequências. Holismo e *embodiment* baseiam-se na completude e

integração e são alcançados quando todos os aspectos da pessoa trabalham em harmonia (GOTTLIEB, 2016, p. 83).

**Valor 4 - Realidade objetiva, subjetiva e construção de significado:** dar valor à informação objetiva e à realidade subjetiva. O enfermeiro precisa compreender a realidade subjetiva das pessoas para cuidar de forma sensível, significativa e responsiva. As pessoas associam significados tendo como base experiências prévias e a percepção que obtêm de uma situação. Realidade objetiva: o que pode ser observado, medido, contato e verificado, como, por exemplo, exames laboratoriais e de imagem. Realidade subjetiva e construção do significado compreendem como este fato está sendo experienciado pela pessoa, como uma pessoa vive a experiência e revive sua história. No decurso de contar sua história, a pessoa pode chegar a experienciar o evento de forma diferente e compreender a situação sob uma nova perspectiva. Cada pessoa tem o seu sistema de crenças e experiências e já desenvolveu a percepção de situações que formam a base daquilo que acreditam ser verdade. Fatores pessoais, familiares e sociais contribuem para a forma como a pessoa se enquadra em uma situação e constrói significado. A forma como uma pessoa experiencia uma situação e a interpreta também é determinada pelas crenças e sistema de valores dessa pessoa, conhecimento e contexto, e as circunstâncias nas quais o evento ocorre (GOTTLIEB, 2016, p. 90).

**Valor 5 – Autodeterminação:** valorizar a autodeterminação, reconhecer o direito que a pessoa tem de determinar o curso da sua própria vida e de tomar decisões informadas, gerindo sua saúde e seus cuidados de saúde. Os enfermeiros que valorizam a autodeterminação acreditam que as decisões são tomadas de melhor forma quando os indivíduos e famílias estão bem informados. Três requisitos são necessários para a autodeterminação: a) autonomia, capacidade de a pessoa regular e controlar suas emoções e tomar decisões de vida que sejam no seu melhor interesse; b) relacionamento, necessidade de a pessoas se relacionar com ou outros, as decisões não são tomadas de forma isolada, considera-se a rede social do indivíduo; e c) competência, condição ou qualidade de eficácia, capacidade, eficiência ou sucesso, sendo necessária para que as pessoas atinjam seus objetivos (GOTTLIEB, 2016, p. 97).

**Valor 6 - Pessoa e ambiente estão integrados:** as pessoas habitam diferentes ambientes ao mesmo tempo. Alguns profissionais da saúde acreditam que é possível compreender a pessoa sem considerar seu contexto. No SBC, os

enfermeiros trabalham com o ambiente interno, externo, social e cultural da pessoa para extrair e maximizar forças e recursos. Os enfermeiros, como parte do ambiente dos seus pacientes, podem influenciar sua recuperação pelas ações de enfermagem e pelas experiências que criam. Assim, os enfermeiros são uma parte significativa dos ambientes dos seus pacientes e podem criar, controlar e modificar esses mesmos ambientes (GOTTLIEB, 2016, p. 100).

**Valor 7 - Aprendizagem; preparação e *timing*:** a sobrevivência humana depende da aprendizagem da pessoa e de como essa formação é utilizada para permitir que ela se adapte, cresça e se desenvolva. Há três condições essenciais que afetam o aprendizado da pessoa: a) o envolvimento ativo no processo de aprendizagem; b) a preparação para a aprendizagem; e c) o *timing* de aprendizado. Aprender significa que a pessoa seja uma participante ativa, enquanto ensinar implica que a pessoa possa ser mais passiva. Preparação: há diversos precursores de preparação, incluindo o biológico, o psicológico e de atitude (motivação, desejo e intenção); o situacional (contexto cultural, ajuste entre a pessoa e o ambiente); o tempo (temporalidade, quando o evento acontece, a sequência desse evento e a sua duração); e o *timing*, probabilidade de estas mudanças acontecerem (GOTTLIEB, 2016, p. 110).

**Valor 8 - Parceria colaborativa:** a pessoa é ativa e partilha a responsabilidade pelo seu cuidado, tem conhecimento para compreender sua doença. Tem como foco a capacidade para estar bem, com qualidade de vida. O papel do enfermeiro é encorajar as pessoas a participar da tomada de decisão e desenvolver a autonomia, a autoeficácia e utilizar suas forças e seus recursos, sendo o papel da pessoa, por sua vez, ser ativa. A relação entre profissional e paciente é equilibrada, recíproca e mútua. As metas são estabelecidas em conjunto e quando os resultados esperados não são atingidos, não há culpados, há replanejamento das metas (GOTTLIEB, 2016, p. 117).

A prática do SBC requer que o enfermeiro esteja ciente das suas próprias forças, vulnerabilidades e fraquezas. Esta consciência se estende a um entendimento de como o comportamento deste profissional afeta a pessoa e a família e como seu comportamento afeta suas respostas. Quando os enfermeiros têm um bom nível de desenvolvimento de autoconsciência, eles mudam sua forma casual de responder a uma situação para uma forma mais atenta, cuidadosa, consciente e deliberada. O

enfermeiro desenvolve maior controle sobre o que faz, o que fala e está ciente do motivo de suas ações e orientações (GOTTLIEB, 2016, p. 153).

Cada enfermeiro tem diversas forças, algumas são próprias da sua personalidade e outras são desenvolvidas ao longo do tempo, sendo estas forças agrupadas em quatro grandes categorias:

- **Forças de mentalidade:** são as qualidades que dão origem a um conjunto de atitudes, perspectivas, filosofias ou valores que afetam a maneira de alguém se comportar. As subcategorias são: *mindfulness*, humildade, abertura de espírito e atitude de não julgar (aceitação).
- **Forças de conhecimento e saber:** são as qualidades necessárias para adquirir e utilizar as informações. Elas dão origem a novas ideias e motivam o enfermeiro a procurar novas informações acerca da pessoa. As subcategorias são curiosidade e autorreflexão.
- **Forças de relação:** são as qualidades necessárias para se conectar com os outros, criar e manter uma parceria colaborativa. Como subcategorias, compreendem o respeito e confiança, empatia, compaixão e bondade.
- **Forças de defesa:** são as qualidades necessárias para proteger, defender-se de algo e defender outra pessoa e família. Suas categorias específicas são coragem e autoeficácia (GOTTLIEB, 2016, p. 154).

Embora cada qualidade possa ser uma força separada, estas forças estão altamente inter-relacionadas e são interdependentes (GOTTLIEB, 2016, p. 155).

Cada enfermeiro tem muitas forças, que são únicas da sua própria personalidade, e outras, que são desenvolvidas ao longo do tempo. À medida que observa outros profissionais especializados, o enfermeiro adquire um reconhecimento mais profundo das suas próprias qualidades e das qualidades que envolvem o cuidar de outro ser humano com competência, conhecimento, dignidade e respeito (GOTTLIEB, 2016, p. 154).

Descobrir e desocultar forças não é um processo simples, mas é parte de um processo mais complexo de conseguir conhecer a pessoa na sua situação atual, incluindo a sua história, o que é importante para ela, o que valoriza, o que está passando, seus desafios e o que quer alcançar. Conhecer uma pessoa requer competências de coleta de dados e de raciocínio clínico. A qualidade das informações adquiridas está relacionada com a qualidade da relação que o enfermeiro consegue estabelecer com seus pacientes (GOTTLIEB, 2016, p. 371).

As forças são mais evidentes e mais fáceis de descobrir em umas pessoas/famílias do que em outras. Estas descobertas são frequentemente feitas no decorrer dos cuidados, nem sempre são fáceis, contudo, quando os enfermeiros descobrem as forças e se focam nelas, são capazes de se relacionar com a pessoa



em um nível mais profundo e de estar plenamente presentes na relação e no cuidado (GOTTLIEB, 2016, p. 371).

O processo de avaliar as pessoas, na perspectiva das forças, é um processo de criação de novas possibilidades de saúde, recuperação e cura, porque envolve: I) foco no que é específico da pessoa/família; II) descoberta do espírito humano, refletido nas atitudes da pessoa sobre a vida e a forma de viver; III) fornecimento de insights sobre o que faz uma pessoa e a família serem capazes de prosseguir seus objetivos, enfrentando os difíceis desafios da vida e fazendo escolhas no âmbito dos cuidados de saúde; e IV) insights para os enfermeiros sobre qual a melhor forma de trabalhar com a pessoa e família, a fim de lhes permitir o *empowerment* para assumirem o controle da situação que lhes interessa (GOTTLIEB, 2016, p.371).

Todos os profissionais de saúde têm uma maneira sistemática de organizar suas atividades para realizar a prática. As atividades de enfermagem são descritas de acordo com o processo de enfermagem. O processo de enfermagem é um método reflexivo e prático, baseado no conhecimento e na experiência, para compreender e analisar as necessidades de saúde e os problemas da pessoa e da família, chegar a um entendimento clínico ou compreensão da situação e encontrar formas de trabalharem juntos para promover a saúde, permitir a recuperação e facilitar e proporcionar a cura (GOTTLIEB, 2016, p.371).

A natureza do processo de enfermagem pode variar em forma e estrutura, dependendo da orientação do Enfermeiro e de como ele a usa para guiar as decisões clínicas (GARCIA; NÓBREGA et al., 2008; GOTTLIEB, 2016, p.372).

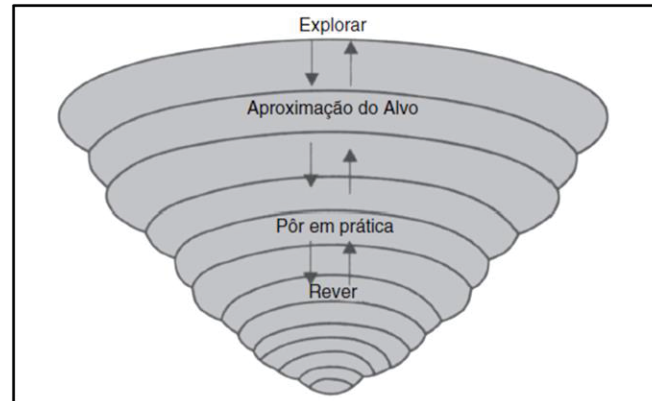
O SBC requer que o enfermeiro use o processo de enfermagem para descobrir os problemas da pessoa, conseguindo conhecer o paciente e os membros da família como indivíduos, e descobrir as suas forças de forma a planejar e executar o cuidado de enfermagem (GOTTLIEB, 2016, p.376).

O enfermeiro deve usar todos os seus sentidos, incluindo o perceber, o ouvir, o atender, o sintonizar e fazer perguntas específicas à pessoa. Deve avaliar o significado e a importância da situação, perceber os padrões que indicam que algo está faltando ou em mau funcionamento, desenvolver uma sensibilidade para o que pode fazer e saber quando agir ou quando esperar. Este trabalho está relacionado no conhecimento do paciente, reunindo informações relevantes que poderão ajudar a compreender a situação, orientando as decisões clínicas e prescrevendo intervenções (GOTTLIEB, 2016, p.377).



O processo em espiral é um modelo que guia a prática de enfermagem, desenvolvido por Ezer; Bray e Gros (1997)<sup>5</sup>, citado por Gottlieb (2016). Consiste em quatro fases, conforme ilustrado na FIGURA 2.

FIGURA 2 – PROCESSO DE ENFERMAGEM EM ESPIRAL



FONTE: EZER; BRAY; GROS (1997) *apud* GOTTLIEB (2016 p. 377).

Cada fase é distinguida por uma atividade maior e por papéis que cada parceiro (enfermeiro, paciente/família) assume. Na **fase 1 - Explorar**: o foco está em explorar as preocupações da pessoa, conhecê-la e à sua família. Na **fase 2 - Aproximação do alvo**: o Enfermeiro e a pessoa/família concentram-se em resolver os problemas e decidir as prioridades e para onde direcionar as energias. Na **fase 3 - Pôr em prática**: a pessoa e o Enfermeiro começam a experimentar diferentes formas de lidar com os problemas e as questões. Na **fase 4 - Rever**: implica reavaliar e examinar o que aconteceu para identificar o que está funcionando adequadamente e o que necessita de maior atenção.

Durante cada uma destas fases, o Enfermeiro está avaliando para descobrir as forças da pessoa/família. A representação em espiral não apresenta um começo ou um final específico, é um fluxo contínuo de atividade, semelhante ao que existe na prática da clínica real. Embora cada uma destas fases seja distinta, elas estão altamente relacionadas e interligadas (GOTTLIEB, 2016, p. 378).

---

<sup>5</sup> EZER, H.; BRAY, C.; GROS, C.P. Families' description of the nursing intervention in a randomized control trial. In: GOTTLIEB, L.N.; EZER, H. (Ed.). **A perspective on health, family, learning, and collaborative nursing**: A collection of writings on the McGill Model of Nursing. Montral/CAN: McGill University School of Nursing, 1997. p.371-376. Imagem reproduzida com autorização de Laurie Gottlieb.

À medida que o Enfermeiro e o paciente começam a se conhecer, desenvolvem confiança e respeito mútuo, criados quando o Enfermeiro está autenticamente presente e receptivo às novas informações, quando escuta atentamente e quando adota uma atitude de não julgar e fornece à pessoa um ambiente seguro e protegido em que explora seus problemas. Cada fase do processo em espiral possibilita ao Enfermeiro mais uma oportunidade de aprender algo mais sobre o paciente e sua família (GOTTLIEB, 2016, p. 387).

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura apresenta os conceitos fundamentais relacionados à continuidade do cuidado, os cuidados de transição, a rede de atenção à saúde na perspectiva da saúde da mulher, a história e a atuação da enfermagem obstétrica.

#### 3.1 CONTINUIDADE DO CUIDADO, OS CUIDADOS DE TRANSIÇÃO, A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE, NA PERSPECTIVA DA SAÚDE DA MULHER

A continuidade do cuidado (CC) é um termo complexo que tem inúmeras definições e modelos, de um modo geral, refere-se à satisfação dos usuários no aspecto interpessoal e de coordenação do cuidado entre os profissionais e os serviços (MORGAN; PASQUARELLA; HOLMAN, 2004; HEATON; CORDEN; PARKER, 2012; WHO, 2018a).

Foi definida como a experiência do paciente de uma progressão coordenada e suave dos cuidados. Para isso, são necessárias transferências de informações adequadas, comunicação eficaz, flexibilidade, continuidade relacional e atendimento pelo menor número possível de profissionais (MORGAN; PASQUARELLA; HOLMAN, 2004; UIJEN et al., 2012; HEATON; CORDEN; PARKER, 2012).

Para a enfermagem, a continuidade do cuidado enfatiza a transferência de informações e a coordenação do cuidado ao longo do tempo. A ênfase está na comunicação entre os enfermeiros. O objetivo é manter uma abordagem consistente do atendimento entre enfermeiros e personalizar o atendimento às novas necessidades do paciente durante uma doença (HAGGERTY et al., 2003; HEATON; CORDEN; PARKER, 2012; WHO, 2018a).

A continuidade é o resultado de uma combinação de acesso adequado à assistência aos pacientes, boas habilidades interpessoais, bom fluxo e captação de informações entre provedores e organizações e boa coordenação de atendimento, mantendo a consistência. Para os pacientes e suas famílias, a experiência de continuidade é a percepção de que os profissionais de saúde sabem o que aconteceu antes, que concordam com um plano de gerenciamento e que um outro profissional que os conhece cuidará deles no futuro (HAGGERTY et al., 2003; HEATON; CORDEN; PARKER, 2012; HADAD; JORGE, 2018). A continuidade e a coordenação do cuidado estão intimamente relacionadas. Permite a coordenação do cuidado

criando as condições e relacionamentos para apoiar interações contínuas entre vários provedores em equipes interdisciplinares ou em todos os ambientes ou setores de cuidados (WHO, 2018b).

Para os profissionais, é a experiência de ter informações e conhecimentos suficientes sobre um paciente e melhor aplicar sua competência profissional para que seus cuidados possam ser reconhecidos e procurados por outros profissionais como referência (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002; HAGGERTY et al., 2003).

Existem dois elementos centrais que definem a continuidade do atendimento e formam a sua base, a continuidade só pode existir como um aspecto do cuidado experimentado por um indivíduo, que é recebido ao longo do tempo (HAGGERTY et al., 2003; HEATON; CORDEN; PARKER, 2012).

A CC coaduna com outro conceito relevante e que exige um esforço coletivo para a sua aplicação na prática assistencial, a integralidade do cuidado. No que diz respeito às relações entre profissionais de saúde e usuários, relaciona-se a uma prática integral: a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade; a visão holística do ser humano, e não em um conjunto de partes; a valorização da história de vida que carrega o usuário, tirando o foco das práticas voltadas à doença; a compreensão da inserção de cada indivíduo num dado contexto familiar, social e cultural; e o reconhecimento da importância do diálogo, permitindo o protagonismo dos diversos atores envolvidos. Tais práticas favorecem a atenção às diversas demandas dos sujeitos, independentemente do nível de complexidade a Continuidade é um desafio para a garantia da integralidade do cuidado (HADAD; JORGE, 2018).

A CC ocorre quando elementos separados e discretos do cuidado são conectados e quando esses elementos que perduram ao longo do tempo são mantidos e suportados. São vários os modelos e definições de CC, mas todos reconhecem três tipos: continuidade informacional, relacional e do gerenciamento clínico (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002; HEATON; CORDEN; PARKER, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Deeny et al. (2017), acrescenta a continuidade longitudinal: uma história de interação com o mesmo profissional de saúde em uma série de episódios específicos (DEENY et al., 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Continuidade informacional é o uso de informações sobre eventos e circunstâncias anteriores para tornar os cuidados atuais apropriados para o indivíduo e sua condição. As informações são o encadeamento comum que vincula os cuidados

de um provedor a outro e de um evento de saúde para outro. As informações documentadas tendem a se concentrar em especificidades da condição de saúde, mas o conhecimento sobre os valores, preferências e contexto social do paciente, desenvolvido por meio de uma relação estável entre provedor e paciente, é igualmente importante e tem sido mais enfatizado nos cuidados primários e nos cuidados de saúde mental (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002; FREEMAN; OLESEN, HJORTDAHL, 2003; HAGGERTY et al., 2003; HEATON; CORDEN; PARKER, 2012; UTZUMI et al., 2018).

A continuidade de cuidados implica, inevitavelmente, um trabalho em parceria, assumindo a responsabilização de cada um pela sua saúde e a responsabilização de todos pela saúde de cada um, sendo a comunicação da informação entre todos os elementos o fio condutor nessa relação (MENDES et al., 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A continuidade relacional refere-se a um relacionamento terapêutico contínuo entre um paciente e um ou mais profissionais. Além de unir os cuidados atuais e passados, fornece um link para os cuidados futuros. Um relacionamento contínuo entre paciente e provedor é altamente valorizado na atenção primária e se traduz em um contrato implícito de lealdade do paciente ao provedor e de responsabilidade contínua do provedor ao paciente. Mesmo onde há pouca expectativa de estabelecer relações com os cuidadores, como atendimento domiciliar e hospitalar, um núcleo consistente de pessoal pode proporcionar aos pacientes uma sensação de previsibilidade e de coerência em seus cuidados. Um relacionamento contínuo entre pacientes e profissionais de saúde é a base que liga os cuidados ao longo do tempo e faz a ponte entre eventos descontínuos (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002; HAGGERTY et al., 2003; HEATON; CORDEN; PARKER, 2012; UTZUMI et al., 2018).

Continuidade do gerenciamento garante que os cuidados recebidos de diferentes fornecedores sejam conectados de maneira coerente. A continuidade do gerenciamento é focada em problemas de saúde específicos, geralmente para pacientes crônicos (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002; HAGGERTY et al., 2003; HEATON; CORDEN; PARKER, 2012; UTZUMI et al., 2018).

São vários os benefícios atribuídos à CC: maior possibilidade de integração das dimensões físicas, psicológicas, sociais e econômicas; melhoria da relação entre os usuários e instituições de saúde; redução do uso indevido dos serviços de saúde; redução dos custos e otimização destes recursos, apresentando-se como uma

estratégia adequada e uma política a ser seguida pelos serviços de saúde e uma maior satisfação dos usuários com o serviço e do profissional de saúde com o seu trabalho (CUNHA; GIOVANELLA, 2011; MENDES et al., 2017).

A continuidade envolve uma série de aspectos que precisam ser considerados para que o cuidado seja coerente ao usuário. Trata-se do resultado de um conjunto de práticas que dependem de uma comunicação eficaz, bom relacionamento entre profissionais e usuários, trabalho interdisciplinar, articulação entre prestadores, compartilhamento de informações e significados, adequadas coordenação e integração do cuidado entre todos os níveis de atendimento em saúde (UTZUMI et al., 2018).

Os usuários são vulneráveis a experiências de descontinuidades quando há alterações na sua condição de saúde ou quando se deslocam entre as diferentes organizações de saúde (MENDES et al., 2017).

Durante as transferências entre um serviço e outro, esses pacientes correm o risco de erros médicos, duplicação de serviços, cuidados inadequados e descontinuidade do plano terapêutico. Estas condições podem ser mitigadas quando há implementação dos cuidados de transição (FLEMING; HANEY, 2013).

Os cuidados de transição são definidos como um conjunto de ações realizadas pelos profissionais de saúde para assegurar a coordenação e a continuidade dos cuidados de saúde à medida que os pacientes se transferem entre locais diferentes ou diferentes níveis de cuidados dentro do mesmo local (COLEMAN; BOULT, 2007; NAYLOR et al., 2011; FLEMING; HANEY, 2013; ACOSTA et al., 2018).

Algumas atividades devem ser realizadas nos cuidados de transição para evitar esta descontinuidade do cuidado, sendo elas (FLEMING; HANEY, 2013):

- a) Preparo dos pacientes e familiares: os profissionais devem preparar os pacientes e seus cuidadores para receberem cuidados no próximo contexto e envolvê-los ativamente nas decisões relacionadas à formulação e execução do plano de cuidados transicionais. Devem garantir que os pacientes e seus cuidadores tenham orientações claras sobre como administrar suas condições de saúde, como reconhecer sintomas de alerta que possam indicar que sua condição piorou, como entrar em contato com um profissional de saúde que esteja familiarizado com seus problemas.

- b) Comunicação entre profissionais dos serviços diferentes dentro da mesma instituição ou em pontos diferentes da rede assistencial é essencial para garantir cuidados de transição e alta responsável e de qualidade.
- c) Estabelecer um profissional de saúde que desenvolva a atividade de “coordenador da assistência ou gestor”, devendo este profissional conhecer o caso do paciente, estar envolvido no seu processo de reabilitação para reduzir a fragmentação do atendimento, ser capacitado na identificação de mudanças no estado de saúde, proporcionar a gestão de cuidados e colaborar com os demais profissionais de saúde e cuidadores.

Os cuidados de transição que acontecem internamente na instituição ou entre outros serviços, quando adequados, proporcionam a CC. No cenário do sistema de saúde brasileiro, apesar de a continuidade do cuidado estar prevista na Lei Orgânica da Saúde, ainda não é uma realidade totalmente disponível aos usuários. Para combater as fragmentações e as fragilidades encontradas no sistema, surge a conformação das redes de atenção (WEBER, 2017; UTZUMI et al., 2018).

O conceito de redes de atenção à saúde (RAS) tem a premissa de vinculação entre os serviços de saúde, nos diferentes níveis de complexidade, de forma a permitir uma atuação contínua no momento e no lugar certo, dependendo da demanda do cidadão, com qualidade e de forma humanizada (REIS et al., 2015; BRASIL, 2010).

O uso da RAS deve ser como um sistema “sem muros” em que as barreiras de acesso aos diversos níveis de atenção (do domicílio ao hospital, especialistas e generalistas) são eliminadas (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Experiências têm mostrado que a organização da RAS, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica, sendo mais eficaz tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (BRASIL, 2010; FERREIRA et al., 2017; SILVA et al., 2018; TURCI; LIMA E COSTA; MACINKO, 2019).

O modo de organizar a rede define a singularidade de seus processos descentralizados. Os serviços de saúde estruturam-se em pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos para a população (MENDES, 2011).

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a estruturação da RAS como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão da saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010).

A APS constitui o ponto de atenção à saúde que se encontra mais próximo dos cidadãos e tem suas ações desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Ela representa a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a RAS, devendo se pautar nos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2015; COSTA, et al, 2019).

Já aos pontos de assistência secundário e terciário competem o planejamento e a execução de ações de média e alta complexidades, desenvolvidas nos ambulatorios de especialidades e em serviços hospitalares. São normalmente utilizados em casos referência e contrarreferência que requeiram atenção de profissionais especializados, recursos tecnológicos de maior densidade no apoio diagnóstico e terapêutico, não disponíveis na APS (FINKELSZTEJN et al., 2009; AGUILERA et al., 2014).

Para a promoção e a articulação da RAS, são necessárias políticas públicas relacionadas a diferentes especialidades da saúde da população que devem primar pelos princípios de universalidade e da equidade no acesso às ações e serviços, pelas diretrizes de descentralização da gestão, pela integralidade do atendimento e pela participação da comunidade na organização de um sistema único de saúde. (LUCHESE, 2004; BACELLAR, ROCHA, FLÔR, 2012).

As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. Essas políticas são as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos (LUCHESE, 2004; BACELLAR, ROCHA, FLÔR, 2012).

Todas as linhas de cuidado em saúde têm políticas específicas. Para este estudo, destacam-se as políticas públicas relacionadas à saúde da mulher. Uma revisão de literatura elaborada por Lima et al. (2014) aponta que, no Brasil, a saúde



da mulher foi incorporada às Políticas Nacionais de Saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitadas às demandas relativas à gravidez e ao parto.

As políticas de grande impacto na saúde da mulher são recentes, destacando-se o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), em que foi estabelecida a atenção voltada especificamente para a gestante em todo o ciclo gravídico e puerperal e para o recém-nascido (BRASIL, 2000).

Este programa se relaciona à adoção de uma postura ética e solidária por parte dos profissionais e diz respeito à convicção de que é dever das instituições de saúde receber a mulher, seus familiares e o recém-nascido com dignidade, reconhecendo que a instituição deve se organizar de maneira a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher, propondo medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do pré-natal, do parto e do pós-parto, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher, nem o recém-nascido e, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000).

Importante instrumento para a organização e a estruturação de redes de referência para o atendimento às gestantes nos municípios, a PHPN baseia-se na lógica da regionalização e hierarquização do sistema de saúde e aponta responsabilidades para os três níveis de governo (municipal, estadual e federal) (BRASIL, 2000).

Para assegurar o atendimento e ampliar o acesso à saúde da mulher, são aplicadas estratégias nacionais, destacando-se, entre elas, a Rede Cegonha. É uma rede temática que foi instituída em 2011 como uma inovadora estratégia do Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 1.459 (BRASIL, 2011; UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2015; FABRIZIO; SCHMALFUSS; SILVEIRA, 2019).

A Rede Cegonha compreende uma rede de cuidados que visam a assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

A rede prioriza o acesso a um pré-natal de qualidade, a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, segurança na atenção ao

parto e nascimento, atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade, além de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011; PENHA, MARQUES, 2015).

São diversas as fases para a implementação da Rede Cegonha nos municípios bem como as responsabilidades compartilhadas entre os gestores nas três esferas da administração pública da saúde (municipal, estadual e federal).

Os governos estaduais têm autonomia para desenvolver estratégias que buscam o alcance dessas metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e conseqüentemente, os recursos provenientes. No estado do Paraná, a Secretaria de Estado da Saúde (SESA/PR) implantou o Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP), em 2012 (PARANÁ, 2012), fundamentado no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e inspirado e fundamentado pelo Programa Mãe Curitibana da capital paranaense.

À frente de seu tempo, a capital paranaense destaca-se na atuação às gestantes e recém-nascidos. O Programa Mãe Curitibana, estruturado em 1999, implementa ações que visam a acompanhar a evolução das boas práticas em obstetrícia e, conseqüentemente, à redução da morbimortalidade materna, que em 2019 alcançou a razão de 16,32 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos, muito menor do que a média brasileira, de 62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (CURITIBA, 2018).

O programa vem evoluindo com o passar dos anos e atualmente é denominado Programa Mãe Curitibana Vale a Vida. Trata-se da elaboração e da implantação de protocolos e fluxos no atendimento da atenção materno-infantil, com o objetivo de humanizar o atendimento, aumentar a segurança e melhorar a qualidade no atendimento de crianças e gestantes. Sua abordagem inclui a assistência à mulher no pré-natal, parto e puerpério e ao recém-nascido, estimulando o parto normal, o aleitamento materno e a maternidade responsável. Tal processo se inicia nas unidades de saúde que atendem as gestantes, programando o acompanhamento da gravidez e vinculando-as às maternidades de referência para o parto (CURITIBA, 2018).

O atendimento das mulheres nas Unidades Básicas de Saúde e sua vinculação à maternidade de referência são um exemplo da aplicação prática do conceito de Rede de Atenção à Saúde. Para que esta mulher tenha uma experiência adequada no seu processo gestacional, é fundamental que as instituições envolvidas

busquem pela continuidade do cuidado nas três esferas (continuidade informacional, relacional e de gerenciamento do cuidado). Para os profissionais envolvidos neste processo, cabe a realização dos cuidados de transição deliberados, proporcionando à mulher uma assistência integral em diferentes equipamentos de saúde, de maneira contínua e segura, considerando suas necessidades de assistência.

Estes conceitos se entrelaçam na linha de cuidado obstétrico e podem ser fortalecidos se os enfermeiros, atores fundamentais, estiverem respaldados legal e cientificamente e tiverem um guia teórico para sua prática profissional.

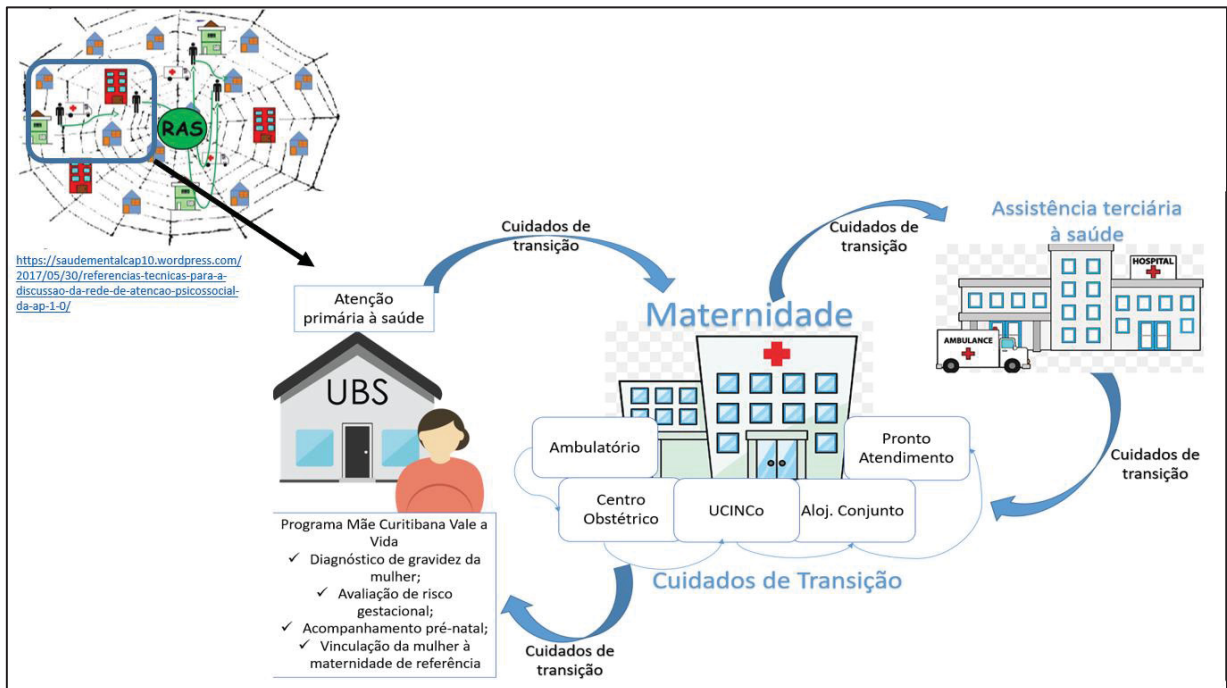
Na maternidade em que o estudo foi desenvolvido, destaca-se a implementação da Unidade de Gestão de Altas, que foi instituída nesta instituição desde 2018. Este serviço visa colaborar com a integralidade e continuidade do cuidado, evitar que os indivíduos se percam na malha assistencial, melhorar a comunicação entre os pontos de rede, otimizando os recursos de saúde. Destacam-se nesta vivência a definição de critérios para a contrarreferência e a atuação do enfermeiro de ligação<sup>6</sup> em locais de baixa complexidade, visando uma sociedade saudável, produtiva, onde os casos são adequadamente conduzidos e otimizam os recursos do sistema de saúde e evitam a sobrecarga na vida dos familiares. Esta atuação contribui para os cuidados de transição e para a efetivação dos conceitos relacionados à continuidade do cuidado.

A inserção da maternidade na rede de assistência à saúde da mulher e a representação dos cuidados de transição na perspectiva de continuidade do cuidado estão representadas na FIGURA 3.

---

<sup>6</sup> Enfermeiro de Ligação é uma atividade desenvolvimento por enfermeiros, que surgiu no Canadá nos anos 60 e está estabelecido em países como Portugal e Espanha. Possui o objetivo de coordenar o processo de alta hospitalar, reduzir o tempo de internamento, estabelecer comunicação com o usuário, identificar suas necessidades, assegurar a continuidade dos cuidados após alta hospitalar e diminuir a desarticulação entres os pontos da rede integrando-os.

FIGURA 3 - A MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL INSERIDA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER



FONTE: A autora (2021).

O enfermeiro articulador e ator ativo desta linha de cuidado tem uma diversidade de atribuições e responsabilidades que foram construídas ao longo da história.

### 3.2 A HISTÓRIA E ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO BRASIL

A história da enfermagem obstétrica teve origem no conhecimento acumulado pelas parteiras (GARCIA; GARCIA; LIPPI, 2010). A profissionalização das parteiras foi feita pela criação do curso pela Escola de Medicina, no período de 1832 a 1834, e da formatura da primeira parteira diplomada, Madame Durocher (SENA et al., 2012).

No final do século XVI, com a invenção do fórceps (instrumento destinado a auxiliar na retirada do bebê que apresenta sofrimento fetal durante o parto por via vaginal) por Peter Chamberlaine, a Obstetrícia passou a ser considerada uma disciplina técnica, científica, dominada pelo médico. Os conceitos de controle do nascimento e em decorrência do grande número de mortes na fase de puerpério imediato desenvolveram a necessidade da presença deste profissional (SENA et al., 2012). No século XVII, outra mudança no processo do parto foi a modificação da posição da mulher no parto, que passou de vertical para horizontal, com a prerrogativa de que a

posição reclinada seria a mais confortável para a parturiente e para o profissional assistente do parto (GARCIA; GARCIA; LIPPI, 2010; SENA et al., 2012; FABRIZIO, SCHMALFUSS, 2019).

A enfermagem obstétrica perdeu espaço para os procedimentos médicos invasivos, contrariando a evolução natural do nascimento, tornando-se secundária nesse processo, já que o ciclo gravídico-puerperal fora tratado como patológico (SENA et al., 2012).

Neste contexto, foi lançado pela OMS em 1995 o Projeto Maternidade Segura, que preconizou a assistência ao parto com menos intervenção e mais humanizada. No Brasil e no mundo, a história da enfermagem obstétrica vem percorrendo um caminho árduo e lento, repleto de conquistas e dificuldades para o Enfermeiro, que passa a exercer um papel relevante no processo de humanização e desmedicalização da assistência à saúde da mulher (SENA et al., 2012).

No século XIX, foi formalizada no Brasil a educação profissional das parteiras junto às escolas médicas, que controlaram sua formação até meados do século XX. (GARCIA; GARCIA; LIPPI, 2010; SENA et al., 2012).

A titulação de obstetra para os enfermeiros foi atribuída àquelas formadas no Curso de Obstetrícia da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará entre 1922 e 1925. Em 1955 foi sancionada a Lei nº 2.604, que veio regular o exercício da Enfermagem ao mesmo tempo em que diferenciava a enfermeira obstetra das outras categorias, atribuindo-lhe atividades exclusivas (SENA et al., 2012).

Enfermeira obstetra é a denominação mais recente e consolida a formação de enfermeira adjetivada pela titulação de especialista na área (GARCIA; GARCIA; LIPPI, 2010; COFEN, 2016a).

Esta especialidade regulamentada pela Resolução 524/2016 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) tem diversas responsabilidades, entre elas:

- I. Acolher a mulher e seus familiares ou acompanhantes;
- II. Avaliar todas as condições de saúde materna, clínicas e obstétricas, assim como as do feto;
- III. Garantir o atendimento à mulher no pré-natal, parto e puerpério por meio de consulta de enfermagem;
- IV. Promover modelo de assistência, centrado na mulher, no parto e nascimento, ambiência favorável ao parto e nascimento de evolução fisiológica e garantir a presença de acompanhante de escolha da mulher, conforme previsto em Lei;

- V. Adotar práticas baseadas em evidências científicas como oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor, liberdade de posição no parto, preservação da integridade perineal do momento da expulsão do feto, contato pele a pele mãe recém-nascido, apoio ao aleitamento logo após o nascimento, entre outras, bem como o respeito às especificidades étnico-culturais da mulher e de sua família;
- VI. Avaliar a evolução do trabalho de parto e as condições maternas e fetais, adotando tecnologias apropriadas na assistência e na tomada de decisão, considerando a autonomia e o protagonismo da mulher;
- VII. Prestar assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distocia) e ao recém-nascido;
- VIII. Encaminhar a mulher e/ou recém-nascido a um nível de assistência mais complexo, caso sejam detectados fatores de risco e/ou complicações que justifiquem;
- IX. Garantir a integralidade do cuidado à mulher e ao recém-nascido por meio da articulação entre os pontos de atenção, considerando a Rede de Atenção à Saúde e os recursos disponíveis (COFEN, 2016b).

No cenário atual, o trabalho deste profissional tem sido incentivado pelas Políticas Nacionais de Saúde, inclusive com financiamento de curso de especialização em enfermagem obstétrica pelo Ministério da Saúde (MS) em razão da compatibilidade dessa formação com as tendências contemporâneas de atenção à gestação, parto e puerpério (WINCK; BRÜGGEMANN, 2010; SENA et al., 2012). Consequentemente, os enfermeiros obstetras estão ocupando mais espaços na assistência e ganhando visibilidade (WINCK; BRÜGGEMANN, 2010; SENA et al., 2012; FABRIZIO; SCHMALFUSS, 2019).

O Ministério da Saúde tem criado portarias que favorecem a atuação do profissional enfermeiro na atenção integral à saúde da mulher, privilegiando o período gravídico puerperal por entender que essas medidas são fundamentais para a diminuição de intervenções desnecessárias que geram risco, tanto em centros obstétricos como em casas de parto ou maternidades, favorecendo o cuidado integral à mulher e ao recém-nascido, destacando-se, entre estas portarias: (WINCK; BRÜGGEMANN, 2010; SENA et al., 2012; TAKEMOTO; CORSO, 2013; SILVA et al., 2018):

- Portaria nº 163, de 22 de setembro de 1998, que, entre outras atribuições, confere ao Enfermeiro a possibilidade da emissão de laudo de internação e a inclusão deste profissional na tabela de pagamento do SUS (BRASIL, 1998);
- Portaria nº 985, de agosto de 1999, que cria o Centro de Parto Normal (CPN), definindo como membro necessário na equipe, o Enfermeiro obstetra (BRASIL, 1999);

- Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000, que instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), subsidiado pelas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, e tem como objetivo primordial assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2000).
- Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009, que regulamenta a emissão de Declaração de Nascimento por profissionais de saúde nos partos domiciliares, deixando de ser atividade exclusiva dos médicos, ampliando para as enfermeiras obstétricas, obstetrizes e parteiras tradicionais, o que indica, mesmo que de forma subliminar, o reconhecimento e a valorização dos partos realizados por Enfermeiros em nível domiciliar (BRASIL, 2009).
- Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017), que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS, que, entre outras atribuições, regulamenta as atividades exercidas pelo enfermeiro na Atenção Básica (BRASIL, 2017, não p.).

Nesse ínterim, a prática de enfermagem obstétrica no Brasil aponta para a construção de um panorama mais promissor para a atenção ao parto e ao nascimento. Considera-se que o modelo de cuidado, pautado na humanização da assistência realizada à mulher e ao recém-nascido, baseado nas políticas públicas de saúde, seja responsável por este impacto (SILVA et al., 2018; FABRIZZIO; SCHMALFUSS, 2019).

Na atenção obstétrica e neonatal, a gestão do cuidado de enfermagem é elemento fundamental para a qualificação da assistência. O papel do enfermeiro obstetra é atuar no incentivo às boas práticas, humanização da assistência e protagonismo da mulher, posicionando-se como mediador da implantação de um novo modelo de atenção obstétrica e neonatal e articulador dos cuidados de transição (BACKES et al., 2017; FABRIZZIO; SCHMALFUSS, 2019).

A maternidade em que o estudo foi desenvolvido faz parte da rede de assistência à saúde da mulher da cidade de Curitiba. A conformação desta rede possibilita que a mulher receba atendimento durante as fases da gestação, parto e puerpério em diferentes pontos de assistência à saúde, cabendo aos enfermeiros presentes neste processo os cuidados de transição efetivos para que possam contribuir com a percepção da continuidade do cuidado por parte da mulher e sua família. A prática destes profissionais poderá ser fortalecida com a aplicação do SBC, pois este referencial coaduna com os preceitos da humanização, da centralidade do cuidado com foco na pessoa, servindo como um guia para sua prática e colaborando para este novo modelo de assistência ao parto.



## 4 MÉTODO

Este capítulo apresenta o tipo de estudo, o cenário, os aspectos éticos e as etapas realizadas para o alcance dos objetivos propostos.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa atribui importância fundamental aos depoimentos dos atores sociais envolvidos, aos discursos e aos significados transmitidos por eles. Nesse sentido, esse tipo de pesquisa preza pela descrição detalhada dos fenômenos e dos elementos que os envolvem (GIL, 2007; AUGUSTO et al., 2013; ZANELLA, 2013).

Os dados foram coletados, armazenados e organizados utilizando o software *MaxQDA*® foram analisados pelos passos do referencial teórico metodológico de análise de conteúdo de John W. Creswell (2011), tendo como referencial teórico a abordagem filosófica *Strengths-Based Care*, desenvolvido por Laurie Gottlieb (2016).

O processo de análise de dados consiste em extrair sentido dos dados de texto e imagem, envolvendo preparar os dados para análise, conduzir análises diferentes, aprofundar-se cada vez mais no seu entendimento, fazer representação e uma interpretação do significado mais amplo dos dados (CRESWELL, 2011).

Este modelo utiliza seis passos para a análise do conteúdo, sendo eles:

- I. organizar e preparar os dados para análise;
- II. fazer a leitura dos dados para obter um sentido geral das informações e refletir sobre ele;
- III. iniciar a análise detalhada com um processo de codificação;
- IV. usar o processo de codificação para gerar uma descrição do cenário ou das pessoas, além das categorias ou dos temas para análise;
- V. prever como a descrição e os temas serão representados na narrativa qualitativa e fazer uma interpretação ou extrair significado dos dados, destacando as lições aprendidas; e
- VI. capturar a essência da ideia.

A pesquisa qualitativa envolve uma abordagem interpretativa do mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles



conferem. Atribui importância fundamental aos depoimentos dos atores sociais envolvidos, aos discursos e aos significados transmitidos por eles. Nesse sentido, esse tipo de pesquisa preza pela descrição detalhada dos fenômenos e dos elementos que os envolvem (AUGUSTO et al., 2013).

Ao discutir as características da pesquisa qualitativa, Creswell (2011) chama atenção para o fato de, na perspectiva qualitativa, o ambiente natural ser a fonte direta de dados, e o pesquisador, o principal instrumento, sendo os dados coletados predominantemente descritivos. Além disso, o autor destaca que a preocupação com o processo é muito maior do que com o produto, ou seja, o interesse do pesquisador ao estudar um determinado problema é verificar “como” ele se manifesta nas atividades, nos procedimentos e nas interações cotidianas (AUGUSTO et al., 2013).

Outro aspecto é que a análise dos dados tende a seguir um processo indutivo, sendo a pesquisa qualitativa emergente em vez de estritamente pré-configurada. Este tipo de pesquisa é especialmente válido em situações em que se evidencia a importância de compreender aspectos subjetivos, cujos dados não podem ser coletados de modo completo por outros métodos em razão da sua complexidade, como, por exemplo, a compreensão de atitudes, motivações, expectativas e valores (AUGUSTO et al., 2013).

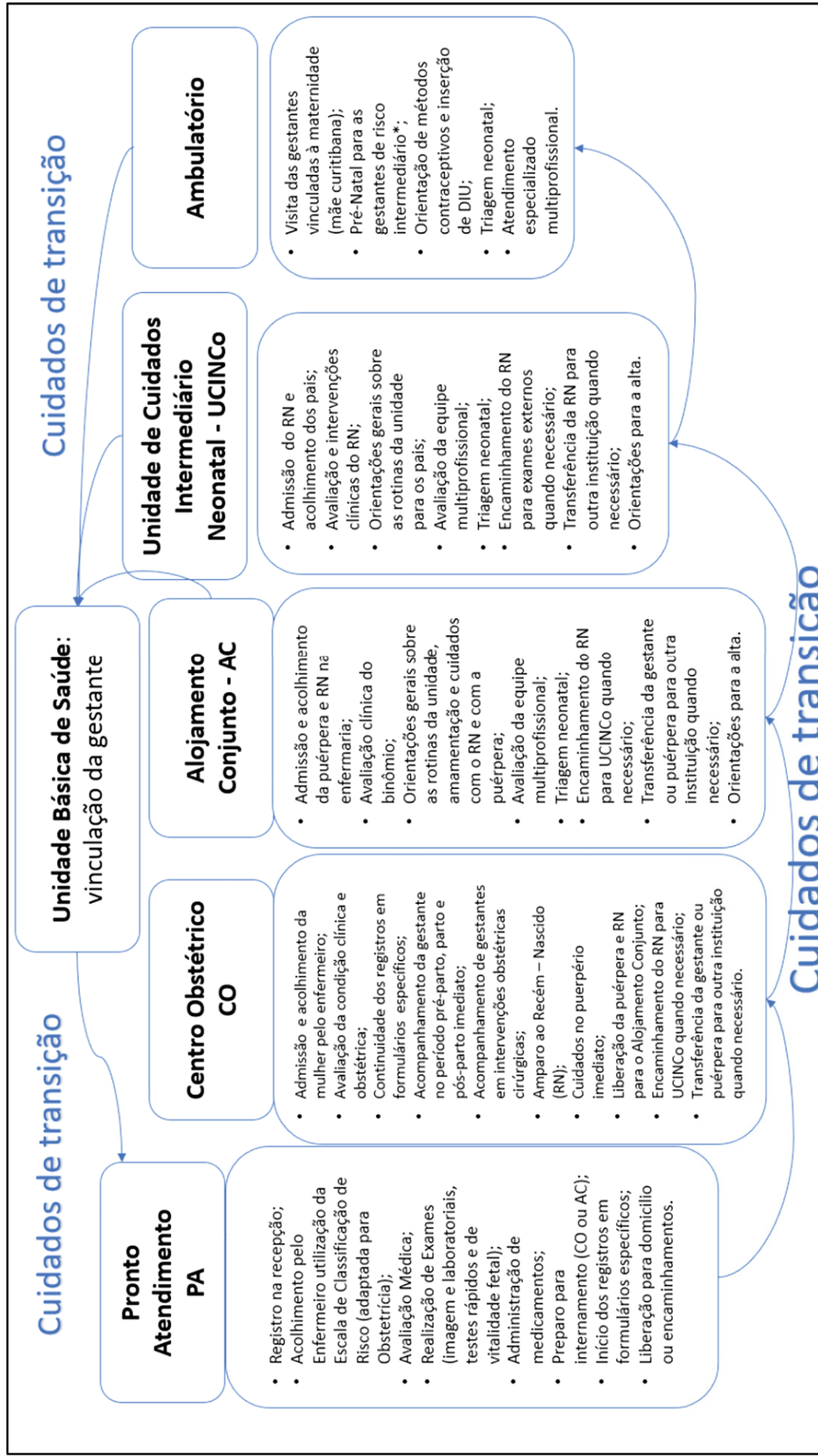
## 4.2 CENÁRIO

O cenário do estudo é uma maternidade classificada como de risco habitual (maternidade de baixa densidade tecnológica) da capital paranaense, exclusiva para mulheres gestantes do SUS. É uma das cinco maternidades da rede de atenção à saúde da mulher no município, referência para a vinculação de gestantes de 47 Unidades Básicas de Saúde dos diversos distritos sanitários da cidade. Tem 46 leitos: 10 relacionados à Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional e 36 para o atendimento do binômio puérpera/recém-nascido, realizam em média 300 partos e 1000 consultas mensais. Presta atendimento ambulatorial especializado, realizado por médicos, enfermeiros, psicólogo e fonoaudiólogo para gestantes, puérperas e recém-nascidos (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2018).

É constituída internamente pelos seguintes pontos assistenciais: Pronto Atendimento Obstétrico (PA), Centro Obstétrico (CO), Alojamento Conjunto (AC), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e ambulatório

(AMB.). Estes pontos mostram o percurso assistencial que a mulher percorre na instituição, sendo os locais de atuação dos enfermeiros. O detalhamento destes pontos assistenciais está representado na FIGURA 4.

FIGURA 4 - DETALHAMENTO DOS PONTOS ASSISTENCIAIS DA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL



FONTE: A autora (2021).

### 4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo respeitou as normas da Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012b), tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, conforme parecer n. 3.037.117, de 25 de novembro de 2018 (ANEXO 1).

### 4.4 ETAPAS DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido em três etapas, que respondem aos objetivos específicos:

- I. descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres atendidas na maternidade de risco habitual;
- II. identificar na prática assistencial dos enfermeiros da maternidade o referencial “*Strenghts-Based Care*” em uma perspectiva de continuidade do cuidado; e
- III. compreender a percepção que as mulheres hospitalizadas têm, numa maternidade de risco habitual, buscando o reflexo do SBC na assistência de enfermagem prestada.

Para melhor compreensão, as etapas do estudo serão descritas separadamente e apresentadas didaticamente no QUADRO 1.

QUADRO 1 - RESUMO DAS ETAPAS DO ESTUDO

<b>Etapa do estudo</b>	<b>Objetivos do estudo</b>	<b>Participantes do estudo</b>	<b>Crítérios de inclusão</b>	<b>Coleta de dados</b>	<b>Análise dos dados</b>
Etapa 1	Descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres atendidas na maternidade de risco habitual.	Não se aplica	Prontuários aleatórios de mulheres hospitalizadas na maternidade, entre os meses de agosto e dezembro de 2017.	Análise dos prontuários de mulheres hospitalizadas na maternidade	Medidas descritivas para as variáveis quantitativas médias e, tamanho da amostra. Para as variáveis qualitativas, foram construídas tabelas, onde foram sumarizadas as frequências de respostas.
Etapa 2	Identificar na prática assistencial dos enfermeiros da maternidade o referencial "Strenghts-Based Care" em uma perspectiva de continuidade do cuidado.	Enfermeiros da maternidade do estudo	Enfermeiros assistenciais e administrativos que se voluntariaram a participar das reuniões e que não estavam em período de férias ou licença para tratamento de saúde ou outros.	Encontros de grupo focal, encontros científicos, questionário e sensibilização ampliada.	Análise de conteúdo segundo Creswell (2011).
Etapa 3	Compreender a percepção que as mulheres hospitalizadas têm, numa maternidade de risco habitual, buscando o reflexo do SBC na assistência de enfermagem prestada.	Mulheres hospitalizadas na maternidade do estudo	Mulheres maiores de 18 anos, hospitalizadas por um período igual ou superior a 24 horas, em tratamento clínico ou em período pós-parto.	Entrevista com as mulheres	Análise de conteúdo segundo Creswell (2011).

FONTE: A autora (2021).

#### 4.4.1 Etapa 1: descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres atendidas na maternidade de risco habitual

Para alcançar este objetivo, foi feita uma pesquisa quantitativa, descritiva e retrospectiva, por meio de levantamento documental (prontuários de mulheres hospitalizadas na maternidade). Os critérios de inclusão foram prontuários de mulheres hospitalizadas na maternidade durante o período de agosto a dezembro de 2017. Os dados foram coletados entre os meses de julho e setembro de 2018 pelas discentes envolvidas neste estudo (uma doutoranda, uma mestranda e uma acadêmica de enfermagem).

Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica do *Microsoft Excel® for Mac* 2011, versão 14.0.1. A amostra foi aleatória, representou nove por cento (9%) das mulheres atendidas em 2017 e apresentou margem de erro de 5%, com nível de confiança de 95%.

A análise dos dados foi descritiva, considerando as seguintes variáveis: data da internação; data da alta; total de dias de permanência; Unidade Básica de Saúde (UBS) e Distrito Sanitário de referência da mulher hospitalizada; cidade de procedência; idade materna; situação conjugal; ocupação; grau de escolaridade; e cor. O perfil obstétrico foi determinado pelos dados de paridade idade gestacional, número de consultas no período pré-natal, comorbidades, tipo de parto e condições de nascimento do recém-nascido.

Na etapa de descrição dos dados coletados, foram calculadas medidas descritivas para as variáveis quantitativas médias e tamanho da amostra. Para as variáveis qualitativas, foram construídas tabelas, onde foram sumarizadas as frequências de respostas.

#### 4.4.2 Etapa 2: identificar se os enfermeiros adotam empiricamente na sua prática do cuidado assistencial na maternidade o referencial “*Strengths-Based Care*”, numa perspectiva de continuidade do cuidado

Para o alcance deste objetivo, foram promovidas diversas ações com os enfermeiros participantes do estudo, entre elas, acompanhamento dos enfermeiros nos diferentes pontos assistenciais, reuniões com os enfermeiros utilizando a técnica

de coleta de dados grupo focal, encontros científicos, sensibilização ampliada e aplicação de questionário.

#### 4.4.2.1 Acompanhamento dos enfermeiros nos diferentes pontos assistenciais

Esta atividade deve como objetivo compreender a prática assistencial e o fluxo de trabalho dos enfermeiros e a especificidade de cada ponto assistencial. Este acompanhamento aconteceu intencionalmente, respeitando o caminho que as mulheres percorrem na maternidade e verificando se os enfermeiros atuam nos diferentes pontos assistenciais na perspectiva da continuidade do cuidado ou atuam de maneira isolada, da mesma forma, foram avaliados os cuidados de transição realizados entre estes pontos assistenciais. Estes profissionais foram acompanhados por oito dias, totalizando 48 horas de acompanhamento, tendo os processos de trabalho sido registrados em um diário de campo.

#### 4.4.2.2 Reuniões com os enfermeiros utilizando a técnica de coleta de dados de grupo focal

Com a finalidade de apresentar o referencial teórico *Strengths-Based Care* e proporcionar a reflexão quanto à sua adoção na prática profissional destes enfermeiros, foi escolhido o grupo focal como técnica de coleta de dados.

Optou-se por esta técnica de coleta de dados pois, o grupo focal possibilita a obtenção de detalhes que só podem ser obtidos diretamente das falas de um grupo que relata suas experiências e percepções em torno de um tema de interesse coletivo, selecionado segundo o interesse do pesquisador. A interação grupal possibilita aos participantes *insights* sobre temas e comportamentos complexos, dando continuidade ao processo de construção social que ocorre no cotidiano das relações entre as pessoas. Este processo é caracterizado como técnica não diretiva, para transformar uma situação de grupo em um campo de investigação-ativa. O grupo é definido como conjunto restrito de pessoas, ligadas por constantes de tempo e espaço e articuladas por mútua representação interna, que se propõe, de forma explícita ou implícita, uma tarefa que constitui sua finalidade (PICHON-RIVIÉRE, 2009; KINALSKI et al., 2017; FONTES et al., 2019).

O desenvolvimento do grupo focal foi realizado respeitando as seguintes etapas: planejamento, ambientação, recrutamento, sessões grupais e avaliação (KINALSKI et al., 2017):

**Planejamento:** Foram previstos até quinze participantes que atendessem aos critérios de seleção (enfermeiros assistenciais ou administrativos da maternidade do estudo, que aceitassem em participar do estudo e não estivessem em período de férias ou afastados por qualquer motivo da sua rotina de trabalho). As reuniões foram realizadas na maternidade, com duração de aproximadamente uma hora, ocorreram no período diurno, em dias úteis, alternando-se entre os turnos da manhã e da tarde, conforme a disponibilidade dos participantes.

Com a coordenação composta por uma moderadora (doutoranda, autora da pesquisa) e duas observadoras (uma mestrande e uma acadêmica). O papel de moderadora do grupo foi desenvolvido pela pesquisadora principal deste estudo. No tocante ao moderador, uma condição de partida é que ele tivesse substancial conhecimento do tópico em discussão para que pudesse conduzir o grupo adequadamente (TRAD, 2009). Planejou-se a realização de sete sessões, com duração de 60 a 75 minutos, em uma sala cedida pela Gerência da Maternidade. As ferramentas para a operacionalização das sessões grupais incluíam: ambientação do local; roteiro preestabelecido, conforme o exemplo inserido no APÊNDICE 2; e apresentação utilizando o recurso da ferramenta *Power Point* para guiar os encontros.

Os temas desenvolvidos nas reuniões buscavam identificar se os enfermeiros adotavam empiricamente o referencial “*Strengths-Based Care*”, na sua prática do cuidado assistencial na maternidade, em uma perspectiva de continuidade do cuidado.

**Ambientação:** a sala de reuniões esra preparada antecipadamente para cada encontro de grupo focal, com com cartazes com os valores do SBC e outros elementos do referencial teórico, o roteiro preestabelecido e a apresentação para guiar as discussões

**Recrutamento:** após o período de acompanhamento dos enfermeiros nos diferentes pontos assistenciais, foi acordado com as gestoras da maternidade os encontros de grupo focal. Foram entregues cartas-convite para todos os enfermeiros da instituição, convidando-os para a participação no estudo, bem como, o uso de cartazes de divulgação disponibilizados pela maternidade e mensagens pelo aplicativo WhatsApp, para motivá-los e lembrá-los da programação.



**Sesões grupais:** foram operacionalizadas seguindo os momentos: abertura da sessão; apresentação da proposta do estudo e do método de trabalho; pactuação do tempo para discussão e das atividades a serem desenvolvidas; esclarecimentos acerca da dinâmica de discussão participativa; estabelecimento da discussão; síntese; encerramento da sessão e pactuação do novo encontro.

**Avaliação:** finalizando esta etapa, os participantes do estudo foram convidados a preencher um questionário *on-line* por meio da plataforma *Office Forms*<sup>®</sup>. O questionário foi composto por perguntas abertas (APÊNDICE 3), e alguns enfermeiros apresentaram casos clínicos para exemplificar a utilização do referencial teórico na sua prática profissional, conforme apresentado nos APÊNDICES 4, 5 e 6.

QUADRO 2 - RESUMO DOS ENCONTROS DE GRUPO FOCAL

<b>Encontro</b>	<b>Data</b>	<b>Tema</b>	<b>Quantidade de Enfermeiros</b>	<b>Atividade realizada</b>
Encontro 1	31/08/2018	O percurso da mulher na maternidade e a descrição dos cuidados de enfermagem	12 enfermeiros	Descrição das atividades realizadas em cada ponto assistencial e o percurso que a mulher realiza durante seu internamento.
Encontro 2	26/09/2018	Os cuidados de enfermagem sob a perspectiva do SBC no Pronto Atendimento	8 enfermeiros	Validação do percurso das mulheres elaborado no primeiro encontro e discussão dos cuidados de enfermagem realizados no Pronto Atendimento sob a perspectiva do SBC.
Encontro 3	31/10/2018	Os cuidados de enfermagem sob a perspectiva do SBC no Centro Obstétrico	6 enfermeiros	Validação dos cuidados de enfermagem realizados no Pronto Atendimento sob a perspectiva do SBC e início da discussão dos cuidados de enfermagem realizados no Centro Obstétrico sob a perspectiva do SBC.
Encontro 4	28/11/2018	Os cuidados de enfermagem sob a perspectiva do SBC no Centro Obstétrico	6 enfermeiros	Validação dos cuidados de enfermagem realizados no Centro Obstétrico sob a perspectiva do SBC.
Encontro 5	21/01/2019	Os cuidados de enfermagem sob a perspectiva do SBC no Alojamento Conjunto	6 enfermeiros	Discussão e validação dos cuidados de enfermagem realizados no Alojamento Conjunto sob a perspectiva do SBC.
Encontro 6	22/02/2019	Os cuidados de enfermagem sob a perspectiva do SBC no Ambulatório	3 enfermeiros	Discussão e validação dos cuidados de enfermagem realizados no Ambulatório sob a perspectiva do SBC.
Encontro 7	05/04/2019	Os cuidados de enfermagem sob a perspectiva do SBC no Ambulatório	2 enfermeiros	Discussão e validação dos cuidados de enfermagem realizados na neonatologia sob a perspectiva do SBC.

FONTE: A autora (2021).

Os temas desenvolvidos nas reuniões buscavam identificar se os enfermeiros adotavam empiricamente o referencial “*Strengths-Based Care*”, na sua prática do cuidado assistencial na maternidade, em uma perspectiva de continuidade do cuidado.

As reuniões foram transcritas na íntegra, com subsequente organização, com o propósito de aprimorar o texto e excluir vícios de linguagem e relatos repetidos. Os dados foram armazenados e organizados no software *MaxQDA*<sup>®</sup>, analisados conforme os passos do referencial teórico metodológico de análise de conteúdo de John W. Creswell (2011).

O processo de análise de dados teve como objetivo extrair sentido dos dados de texto e envolveu preparar os dados para análise, conduzir análises diferentes, aprofundar-se cada vez mais no seu entendimento, fazer representação e uma interpretação do significado mais amplo dos dados (CRESWELL, 2011).

A análise do conteúdo deste estudo partiu de duas categorias *a priori* (previamente estabelecidas), sendo elas: “o cuidado de enfermagem baseado nos problemas” e o “cuidado de enfermagem baseado no *Strengths-Based Care* (SBC).

#### 4.4.2.3 Encontros científicos

O primeiro encontro ocorreu em outubro de 2018, com a participação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Judith Lapierre (*University of Laval*, Quebec Canadá), convidada da Universidade Federal do Paraná, parceira nos projetos desenvolvidos na linha de pesquisa Gerenciamento de Serviços de Saúde e pesquisadora da abordagem filosófica SBC. Neste encontro científico, foram apresentados os princípios fundamentais do SBC, com ênfase nos valores desta abordagem, e a aplicação na prática assistencial da Enfermagem.

O segundo encontro aconteceu em março de 2019, fez parte da programação do Evento Internacional denominado “Estratégias de Integração em rede: contribuições da enfermagem”, coordenado pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Bernardino e pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

Neste evento, foi possível contar com a presença da autora do livro *Strengths-Based Nursing Care – Health and Healing for Person and Family*, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Laurie N. Gottlieb (*University of McGill*, Montreal, Canadá); com a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Judith Lapierre

(*University of Laval*, Quebec, Canadá); com a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Paula Encarnação (Universidade do Minho, Braga, Portugal, tradutora do livro para a versão em português – Portugal); e com a Msc. Pam Hubble (*Hospital for Sick Children* - Toronto Canadá). Estas profissionais apresentaram as diferentes experiências do uso desta filosofia na prática profissional em diferentes cenários e países.

Na maternidade, os enfermeiros participantes da pesquisa tiveram a oportunidade de ampliar a reflexão sobre a aplicação do SBC na prática profissional. O evento trouxe uma motivação adicional para a autorreflexão e para o enfrentamento dos desafios do cotidiano relacionados aos cuidados realizados pelo enfermeiro, à gestão em saúde e ao protagonismo da mulher neste processo, em um contexto atual com muitas demandas e poucos recursos.

#### 4.4.2.4 Sensibilização ampliada

Nos meses de agosto e setembro de 2019, foi feita a sensibilização ampliada com as equipes de enfermagem da maternidade. Foram realizados dez encontros com os profissionais de enfermagem dos cinco pontos de atenção da maternidade. A proposta foi apresentar o referencial teórico de maneira simplificada, utilizando exemplos do dia a dia para reflexão dos profissionais. Neste período, foram utilizadas estratégias de sensibilização e, além dos encontros, houve divulgação de cartazes e o envio sistemático de mensagens pelo aplicativo *WhatsApp*<sup>®</sup>.

#### 4.4.3 Etapa 3: Compreender a percepção que as mulheres hospitalizadas têm, numa maternidade de risco habitual, buscando o reflexo do SBC na assistência de enfermagem prestada

Para atender o terceiro objetivo proposto, foram realizadas entrevistas com mulheres hospitalizadas na maternidade. Participaram mulheres maiores de idade, hospitalizadas na maternidade do estudo por um período superior a 24 horas, para tratamento clínico, que evoluíram para parto vaginal, ou submetidas à cesárea. Foram excluídas as mulheres menores de 18 anos, internadas por um período inferior a 24 horas, hospitalizadas para o procedimento de curetagem ou por interrupção não desejada da gestação.

Para a realização das entrevistas, foi construído um instrumento semiestruturado que foi testado em três mulheres inicialmente, possibilitando adequações necessárias. Este instrumento foi composto por questões relacionadas à caracterização das participantes (idade, números de gestação, histórico gestacional anterior e tipo de parto realizado neste internamento) e por uma pergunta principal “como foi sua experiência nesta instituição em cada ponto assistencial (Pronto Atendimento, Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto, Unidade de Neonatologia e Ambulatório)?”.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro e dezembro de 2019. Durante o período de coleta de dados, a pesquisadora principal avaliava o censo diário de internações da maternidade, selecionava as possíveis candidatas à entrevista, considerando o motivo e o tempo de internamento. Após esta seleção, as mulheres eram abordadas para que a pesquisa fosse explicada, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 7) apresentado e elas foram informadas sobre a possibilidade de desistência a qualquer momento.

As entrevistas foram realizadas na maternidade, em local reservado, e gravadas em áudio e tiveram duração de, aproximadamente, 15 minutos. Foram abordadas 25 mulheres, sendo que destas, 20 aceitaram participar do estudo. Foi garantido às integrantes do estudo o direito à confidencialidade das informações e ao anonimato, sendo utilizada sigla (M) e um número cardinal sequencial para sua identificação.

As entrevistas foram transcritas na íntegra, com subsequente organização com o propósito de aprimorar o texto e excluir vícios de linguagem e relatos repetidos. Os dados foram armazenados e organizados no software *MaxQDA*<sup>®</sup>, e analisados conforme os passos do referencial teórico metodológico de análise de conteúdo de John W. Creswell (2011).

Cada ponto assistencial foi analisado individualmente, respeitando o percurso que as mulheres percorrem na maternidade. O critério de saturação teórica foi utilizado para encerrar a coleta de dados (FALQUETO, HOFFMANN, FARIAS, 2018). Optou-se por uma categoria estabelecidas a priori, sendo ela “O SBC incorporado na prática dos enfermeiros e percebido pelas mulheres”.

## 5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados considerando inicialmente a caracterização dos participantes do estudo, enfermeiros e mulheres, na sequência, os objetivos específicos do estudo, que compreendem descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres atendidas na maternidade de risco habitual, identificar na prática assistencial dos enfermeiros da maternidade o referencial “*Strenghts-Based Care*” em uma perspectiva de continuidade do cuidado e apresentar a percepção das mulheres hospitalizadas em uma maternidade de risco habitual em relação aos cuidados de enfermagem recebidos, tendo como respaldo o referencial já citado.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO (ENFERMEIROS E MULHERES)

#### 5.1.1 Caracterização dos participantes do estudo – Enfermeiros

Em toda a etapa 2 do estudo (encontros de grupo focal, encontros científicos e sensibilização ampliada), participaram 18 enfermeiros: seis enfermeiros assistenciais do Centro Obstétrico, quatro enfermeiros de áreas administrativas, dois enfermeiros assistenciais do Pronto Atendimento, dois enfermeiros assistenciais do ambulatório, uma enfermeira da Central de Material, uma enfermeira da UCINCo, um enfermeiro do Alojamento Conjunto e uma enfermeira da Educação Permanente.

Os participantes são majoritariamente do sexo feminino com 88% (n=16), com média de idade de 30 anos, oscilando entre 29 e 60 anos. Todos os enfermeiros que participaram das reuniões tinham pós-graduação. A especialidade mais evidente foi obstetrícia com 72% (n=13), sendo as outras relacionadas a Centro Cirúrgico, Ensino Superior, Cuidados Intensivos Neonatais e Segurança do Paciente. Entre os participantes, quatro têm curso de mestrado (22%) e uma enfermeira, a titulação de doutorado (6%). O tempo médio de formação foi de 10,5 anos, oscilando entre 6 e 21 anos, e o tempo médio de experiência na maternidade foi de nove anos, variando entre dois e 18 anos (TABELA 1).

TABELA 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES DO ESTUDO

<b>Características dos participantes</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Idade	-	-	30	29	60
Tempo de formação – anos	-	-	10,5	6	21
Tempo de experiência na maternidade - anos	-	-	9	2	18
<b>Sexo</b>					
Feminino	16	89	-	-	-
Masculino	2	11	-	-	-
<b>Habilitação Acadêmica</b>					
Especialização	18	10	-	-	-
Especialização em obstetrícia	13	72	-	-	-
Mestrado	4	22	-	-	-
Doutorado	1	5	-	-	-

FONTE: A autora (2021).

### 5.1.2 Caracterização dos participantes do estudo – Mulheres entrevistadas

Foram entrevistadas 20 mulheres hospitalizadas na maternidade após a finalização da etapa 2 do estudo. Estas mulheres tinham idade variando entre 18 e 37 anos: sete (35%) eram primigestas; oito (40%) estavam na sua segunda gestação; três (15%), na terceira gestação; e duas (10%), na quinta gestação. Em relação ao tipo de parto, cinco mulheres (25%) evoluíram para cesárea, doze (60%) parto vaginal e três (15%) estavam internadas para tratamento clínico.

### 5.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DAS MULHERES ATENDIDAS NA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL

Foram analisados 332 prontuários, organizados em três grupos principais, a saber: 42 prontuários de mulheres hospitalizadas para tratamento clínico, 240 prontuários de mulheres em processo de parturição e 50 prontuários de mulheres que sofreram interrupção da gravidez involuntária.

O perfil sociodemográfico das mulheres identificado nesta pesquisa mostrou procedência de Curitiba (n=328; 98,79%); 90 (27,11%) delas com residência no Distrito Sanitário Cajuru; quatro (1,2%) eram de nacionalidade haitiana; e uma (0,3%), de nacionalidade paraguaia. A média de idade foi 26 anos, variando de 14 a 43 anos; 47 (14,16%) mulheres tinham idade entre 14 e 19 anos, sendo consideradas adolescentes pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Foram cadastradas como

de cor branca (305; 91,87%), 218 (65,66%) se declararam solteiras ou separadas e 104 (31,32%) eram casadas ou tinham união estável.

Quanto à escolaridade, 25 mulheres (7,53%) tinham o Ensino Fundamental completo e 40 (12,05%) não chegaram a concluí-lo; 60,24% (200 mulheres) informaram terem cursado Ensino Médio completo ou incompleto; 42 mulheres (12,65%) tinham Ensino Superior; e 16 (4,82%) tinham escolaridade incompleta. Em sete prontuários, esta informação não foi preenchida (2,11%).

Quanto ao perfil obstétrico, 62 mulheres (18,67%) estavam no primeiro trimestre gestacional; 14 (4,21%), no segundo trimestre; 252 (75,90%) no terceiro trimestre; e quatro (1,20%) mulheres foram internadas no período puerperal.

Sobre o número de gestações, 149 mulheres (44,87%) eram primíparas e 183 (55,12%) eram múltiparas. Das múltiparas, 161 (48,49%) tiveram duas a quatro gestações e 22 (6,62%) tiveram cinco ou mais gestações.

Em relação ao acompanhamento pré-natal, os dados analisados mostraram em 22 (6,62%) prontuários que esta informação não foi registrada; 20 mulheres (6,02%) não foram assistidas no período pré-natal (por interrupção involuntária da gestação); e 290 (87,34%) fizeram o acompanhamento pré-natal durante a gestação atual. Destas mulheres, 94 (28,31%) fizeram de uma a cinco consultas, 23 (6,92%) fizeram seis consultas e 173 gestantes (52,10%) fizeram sete ou mais consultas, estes dados somados indicam que 196 mulheres (67,58% - n. 290) realizaram o número mínimo ou mais consultas de pré-natal. Observou-se que 218 (n=240; 90,83%) partos ocorreram entre 37 e 41 semanas de idade gestacional (gestação de termo).

Entre as comorbidades mais citadas pelas mulheres, 18 (5,42%) eram relacionadas ao hipotireoidismo, hipertensão arterial (n=14; 4,21%), asma (n=6; 1,8%), sífilis (n=6; 1,8%), cinco mulheres apresentavam anemia (1,5%) e três eram portadoras de diabetes mellitus gestacional ou não (0,9%).

Quanto ao tipo de parto, do total de 240, 184 (76,67%) foram partos vaginais e 56 (23,33%) foram cesáreas. Em relação às 42 gestantes que se encontravam internadas para tratamento clínico, três foram transferidas para continuidade do tratamento numa outra instituição, tendo sido analisados 39 prontuários. Entre as causas destes internamentos, está infecção urinária (11; 28,2%), e os demais internamentos estavam relacionados a pré-eclâmpsia, eclâmpsia, lombalgia, hiperemese gravídica com distúrbio metabólico, descolamento prematuro da placenta, trabalho de parto prematuro, endometrite puerperal e abscesso de tubo ovariano.



Foi identificado que 50 gestantes (15,06%) evoluíram para aborto no primeiro trimestre gestacional, uma delas foi diagnosticada com gravidez ectópica, com necessidade de laparotomia exploratória. A média de permanência na maternidade foi de 2,41 dias (variando de 1 a 13 dias) (TABELA 2).

TABELA 2 - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DAS MULHERES HOSPITALIZADAS NA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL (ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS)

<b>Procedência</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>			
Curitiba	328	98,79			
Outras cidades	4	1,20			
<b>Distrito</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>			
Cajuru	90	27,11			
Santa Felicidade	63	18,98			
Portão	52	15,66			
CIC	49	14,76			
Boqueirão	33	9,94			
Boa Vista	28	8,43			
Matriz	8	2,41			
Pinheirinho	2	0,60			
Bairro Novo	1	0,30			
Não identificado	2	0,60			
Outra cidade	4	1,20			
<b>Cor declarada</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>			
Branca	305	91,87			
Parda	18	5,42			
Negra	8	2,41			
Indígena	1	0,30			
<b>Estado civil</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>			
Solteira	218	65,66			
Casada	92	27,71			
União estável	12	3,61			
Separada	9	2,71			
Sem informação	1	0,30			
<b>Escolaridade</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>			
Nenhuma	2	0,60			
Ensino fundamental incompleto	40	12,05			
Ensino fundamental completo	25	7,53			
Ensino médio incompleto	57	17,17			
Ensino médio completo	143	43,07			
Superior incompleto	16	4,82			
Superior	42	12,65			
Ignorado	7	2,11			
<b>Motivo do internamento</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>			
Processo de parturição	240	72,28			
Tratamento clínico	42	12,65			
Abortamento	50	15,06			
<b>Tipo de parto</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>			
Transpélvico	184	76,67			
Cesárea	56	23,33			
	<b>n.</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Número de consultas	290	87,34	7,46	3,75	18
Tempo de permanência	332	100	2,41	1,56	13

FONTE: A autora (2021).

Embasado no Protocolo Mãe Curitibana Vale a Vida, os dados do prontuário foram analisados quanto à estratificação de risco gestacional das mulheres no pré-natal (TABELA 3).

TABELA 3 - ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS GESTANTES ATENDIDAS NA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL

<b>Classificação de risco</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
Alto risco	11	3,32
Intermediário alto	19	5,74
Intermediário médio	168	50,6
Risco habitual	134	40,48
Total	332	100

FONTE: A autora (2021).

Os dados do estudo revelam que 302 mulheres (91,24%) foram adequadamente vinculadas a esta maternidade de risco habitual. Entretanto, foram identificados prontuários de mulheres que deveriam ter sido classificadas como gestantes com risco intermediário alto ou alto risco 30 (9,06%) prontuários e 91 (27,49%) prontuários de mulheres hospitalizadas na maternidade que tinham dados que as caracterizavam em risco intermediário médio e intermediário alto, e estavam classificadas na carteira de gestante como risco habitual, evidenciando, assim, o atendimento a mulheres com risco gestacional superior à capacidade tecnológica da maternidade.

O perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres apresentou os seguintes destaques: alto índice de escolaridade entre as mulheres hospitalizadas; adesão adequada ao pré-natal; estratificação de risco condizente com a maternidade de risco habitual; e taxa relevante de gestantes adolescentes.

### 5.3 O SBC NA PRÁTICA ASSISTENCIAL DOS ENFERMEIROS

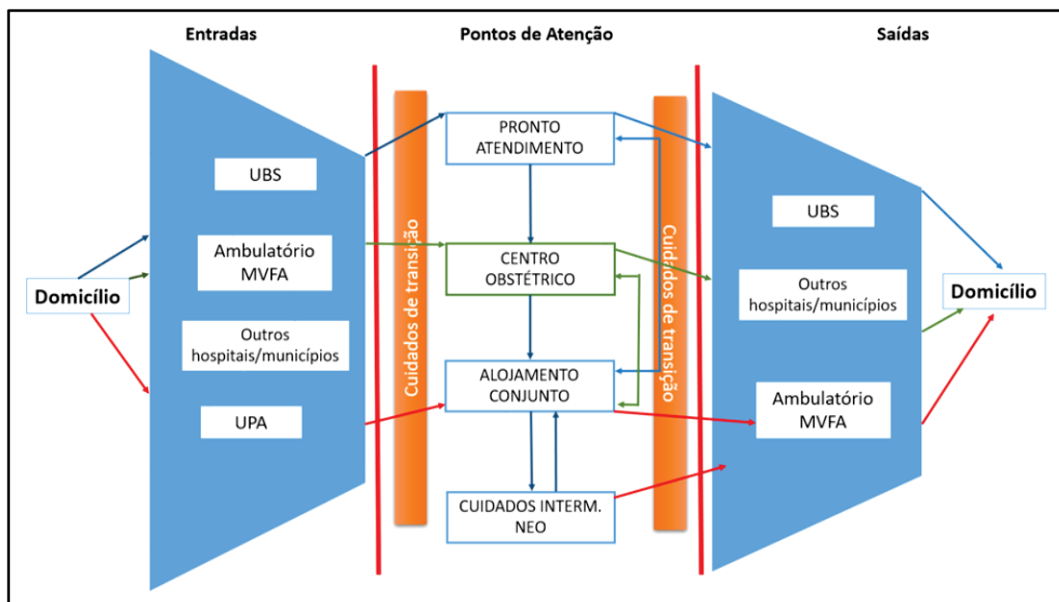
Para identificar o SBC na prática assistencial dos enfermeiros, foram promovidos encontros de grupo focal. A primeira reunião teve como objetivo identificar o percurso realizado pelas mulheres para a assistência na maternidade. Nos encontros seguintes, os cuidados de cada ponto assistencial - Pronto Atendimento, Centro Obstétrico, Alojamento, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCINCo) e Ambulatório - foram discutidos e repensados sob a perspectiva do referencial teórico

SBC. Finalizando essa etapa do estudo, os enfermeiros responderam a um questionário para a verificar a possibilidade de aplicação deste referencial na prática assistencial.

A opção de descrever o percurso das mulheres na maternidade foi intencional, buscando identificar se as práticas de enfermagem nesta linha de cuidado são executadas na perspectiva da continuidade do cuidado e não como atividades isoladas nos diferentes pontos da instituição.

A FIGURA 5 mostra o percurso feito pelas mulheres na maternidade, descrito pelos participantes do estudo.

FIGURA 5 - FLUXO DE ATENDIMENTO DAS MULHERES NA MATERNIDADE



FONTE: A autora (2021).

### 5.3.1 Pronto Atendimento

Neste ponto assistencial, foram elencadas as seguintes atividades: classificação de risco; realização de exames laboratoriais, cardiotocografia; administração de medicamentos; orientações relacionadas à gestação e/ou procedimentos; preparo e encaminhamento da mulher para outro ponto assistencial, para outra instituição ou sua liberação para o domicílio.

Após a descrição dos procedimentos, foram promovidas reflexões sobre as atividades realizadas no Pronto Atendimento e como elas poderiam se tornar cuidados

de enfermagem alicerçados pelo SBC. O QUADRO 2 apresenta as categorias e subcategorias encontradas no Pronto Atendimento.

## QUADRO 2 - PRONTO ATENDIMENTO

(continua)

Categorias	Subcategorias	Segmentos das Falas
Cuidado de Enfermagem Baseado nos Problemas	Ambiente promotor de insegurança desfavorável à privacidade da mulher	<p>“(…) falamos: tire toda a sua roupa... e vista isto daqui... é violento isto, é deste jeito que é feito” (E4)</p> <p>“(…) se você vai auscultar um BCF, você abre a camisola da paciente, a paciente fica com os seios expostos ali, no meio de todo mundo” (E2)</p>
	Assistência com foco nos procedimentos	<p>“(…) só que cada um faz de uma forma e depende do tempo, depende da quantidade, depende da quantidade de profissionais... então não é uma coisa certa... cada um faz de uma forma” (E3)</p> <p>“(…) na maioria das vezes ela sai do consultório e vai embora e a enfermagem não termina o atendimento” (E4)</p>
Cuidado de Enfermagem Baseado no SBC	O plano de cuidados é personalizado para a singularidade da mulher, da família e da sua situação	<p>“(…) quando a gente está passando o plantão, a gente está criando uma identificação daquela mulher” (E16)</p> <p>“(…) o cuidado maior está focado nas orientações de cada caso, qual é o momento que deve retornar para a maternidade” (E2)</p> <p>“(…) cada pessoa é diferente” (E12)</p> <p>“(…) isto é uma coisa que eu valorizo muito, o nome da paciente” (E4)</p> <p>“(…) suporte emocional está aqui, respeitar a individualidade da paciente; considerar se ela teve medo, ela teve outra experiência ruim” (E1)</p> <p>“(…) é por isto que a gente sempre fala com ela, é o acompanhante de sua escolha, é quem você quer que esteja lá” (E12)</p> <p>“(…) uma coisa importante é respeitar a aprendizagem desta paciente, o tempo que ela vai precisar para ela absorver tudo” (E1)</p>

QUADRO 2 - PRONTO ATENDIMENTO

		(conclusão)	
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Segmentos das Falas</b>	
Cuidado de Enfermagem Baseado no SBC	O enfermeiro atua com sua competência profissional em prol da mulher	“(…) não focar na doença dela, no que ela está te trazendo de ruim, mas focar na questão da saúde” (E1)	
	O enfermeiro reconhece e atua no empoderamento da mulher	“(…) se a mulher fala que está com dor, mas a dor é necessária para o trabalho de parto, então isso é bom” (E10)	
	O enfermeiro reconhece as forças e ajuda a mulher a lidar com os eventos da vida	“(…) explicar os tempos, é eu acho que tempo de trabalho de parto é bem importante” (E2)	
		“(…) é a hora de a gente estar empoderando esta paciente para ela dar continuidade no cuidado” (E1)	
		“(…) o momento em que eu mais entro em contato são os momentos de coleta de exames, cardioto. Também no acolhimento, na hora em que chega, tentamos sanar as dúvidas e ansiedades do momento” (E4)	
		“(…) e no momento dos exames eu consigo conversar mais com as pacientes” (E12)	

FONTE: A autora (2021).

### 5.3.2 Centro Obstétrico

Este ponto assistencial pode ser considerado como centro motriz da maternidade, pois é o local em que as mulheres vivenciam o processo de parto e pós-parto imediato. Como atividades realizadas neste local, foram citadas: admissão da mulher; assistência no período de pré-parto, parto e pós-parto imediato; assistência às situações de abortamento não esperado; assistência ao recém-nascido; incentivo e orientações sobre a amamentação; assistência à mulher em emergência clínica ou obstétrica; assistência aos procedimentos cirúrgicos; estímulo às boas práticas obstétricas; orientação para a alta do ponto assistencial; e organização administrativa (reposição de material, conferência de carrinho de emergência, registro de indicadores etc.).

A discussão do SBC no Centro Obstétrico aconteceu em dois momentos em razão da demanda de atividades desta unidade. Seguindo a proposta do estudo, após a descrição das atividades realizadas neste ponto assistencial, foram promovidas reflexões relacionadas aos cuidados de enfermagem e a aplicação do SBC na sua prática assistencial. O QUADRO 3 apresenta as categorias e subcategorias encontradas no Centro Obstétrico.



## QUADRO 3 – CENTRO OBSTÉTRICO

(continua)

Categorias	Subcategorias	Segmentos das Falas	
Cuidado de Enfermagem Baseado nos Problemas	O enfermeiro sendo prescritivo	<p>“(…) parece que a paciente chega aqui para parir e depois que ela pariu ela já cumpriu a função” (E1)</p> <p>“(…) eu já oriento direto... eu já vou direto... tem que fazer isto, tem que fazer aquilo” (E1)</p>	
	O enfermeiro não reconhece a singularidade da mulher	<p>“(…) mas eu acho que a gente dá mais atenção para o RN do que para a mulher até no pós-parto” (E12)</p>	
	O enfermeiro fazendo julgamentos prévios	<p>“(…) porque percebemos que existe um julgamento de todas as partes, há uma desvalorização da queixa da mulher ou um julgamento do que ela está trazendo” (E2)</p> <p>“(…) nós temos muito deste julgamento de que o trabalho de parto é doloroso, que é cansativo, isto já é cultural” (E2)</p>	
	A dinâmica do serviço propicia a descontinuidade do cuidado		<p>“(…) a gente está pegando pacientes com muita hemorragia, situações que poderíamos ter sido vistas antes e não foi dada a atenção, porque talvez ela já pariu” (E1)</p>
			<p>“(…) entra também a questão de avaliar os bebês, estão subindo muito gementes” (E1)</p> <p>“(…) lembrar que a cesárea é uma continuidade, quando é indicada uma cesárea, a gente meio que abandonava aquela mulher, agora é com a medicina” (E2)</p>

## QUADRO 3 – CENTRO OBSTÉTRICO

(continuação)

Categorias	Subcategorias	Segmentos das Falas
Cuidado de Enfermagem Baseado no SBC	O enfermeiro reconhece e colabora com a singularidade da mulher e é responsivo às suas necessidades	<p>“(…) porque a dor da contração para uma pessoa é diferente para outra pessoa” (E12)</p> <p>“(…) considerar a avaliação inicial no seu contexto e com suas experiências prévias sem julgamentos” (E1)</p> <p>“(…) então na admissão, nós vamos considerar a singularidade da pessoa, primeiro qual o lugar em que vamos colocá-la”, e vamos conhecendo a mulher, levando-a para a cama e vendo se ela tem alergia, se ela tem a história do parto anterior” (E6)</p> <p>“(…) porque o atendimento individual é o foco, respeitando a mulher, a pessoa como um todo, um ser indivisível” (E1)</p> <p>“(…) respeitar a mulher, no que ela quer para ela e para o bebê, respeitar as questões que ela traz” (E2)</p> <p>“(…) baseado nesta questão holística, considerar o que elas já sabem e qual é a percepção, é importante levar em conta” (E12)</p>

QUADRO 3 – CENTRO OBSTÉTRICO

(continuação)

Categorias	Subcategorias	Segmentos das Falas
Cuidado de Enfermagem Baseado no SBC	Conhecimento, juízo clínico e competência para reconhecer, apoiar e desenvolver as forças da mulher	<p>“(…) dependendo de qual é o momento em que ela está, atividades não farmacológicas de alívio da dor ou não, pegando tudo o que ela já sabe e complementando o que acontece no centro obstétrico” (E12)</p> <p>“(…) normalmente eu pergunto como foram os partos dela, o que ela fez, se ela sabe de alguma coisa sobre o trabalho de parto, sobre o que ela pode fazer, se ela já fez alguma coisa em casa” (E12)</p> <p>“(…) perguntar para ela o que ela entende sobre isto, eu acho que esta é a pergunta mais importante” (E2)</p> <p>“(…) orientações de procedimento, nós fazemos muitas orientações sobre trabalho de parto” (E2)</p> <p>“(…) as enfermeiras estão explicando sobre o trabalho de parto” (E2)</p> <p>“(…) eu acho que assistência inclui orientação” (E12)</p> <p>“(…) é neste momento que a gente já vai orientando a paciente sobre a rotina do centro obstétrico” (E6)</p> <p>“(…) mas a nossa missão como profissional é tentar informar a mulher para que compreenda da melhor forma possível” (E5)</p> <p>“(…) quando a gente apresenta na maternidade, explica o que é, já é uma forma de reduzir a ansiedade e da mulher entender como funciona” (E6)</p>

QUADRO 3 – CENTRO OBSTÉTRICO

(continuação)

Categorias	Subcategorias	Segmentos das Falas
Cuidado de Enfermagem Baseado no SBC	O enfermeiro reconhece e atua no empoderamento da mulher	<p>“(…) dar importância para a mulher, que se sinta mais liberada, que ela busque mais da natureza dela para poder atuar da maneira que achar necessário” (E12)</p> <p>“(…) dar esta liberdade para a mulher, para ela sentir que ali é um lugar que ela pode parir tranquilamente, realizando o que ela sente vontade” (E12)</p> <p>“(…) dar esta oportunidade para a mulher participar do cuidado” (E2)</p> <p>“(…) o plano de parto vem justamente para auxiliar a mulher, você sabe que é uma mulher que minimamente ela tem mais conhecimento sobre o processo, ela está mais participativa de uma forma diferente” (E2)</p> <p>“(…) determinar o curso da própria vida e tomar decisões informadas” (E1)</p> <p>“(…) então nós conseguimos ver o que é que ela quer, do que ela precisa” (E12)</p> <p>“(…) temos que pensar desde o começo na forma de admitir para que possamos conhecer essa mulher e envolvê-la mais no cuidado” (E5)</p> <p>“(…) orientar a paciente sobre como ela pode conduzir o parto” (E2)</p>
	O enfermeiro descobre as oportunidades para ajudar a mulher a lidar com os eventos da vida	“(…) informações oportunas que fazem com que ela tenha comportamento adequado” (E1)
	A empatia presente na prática assistencial do enfermeiro	<p>“(…) quando acontece isto, eu tento ir à sala de cesárea para ficar segurando na mão dela” (E12)</p> <p>“(…) nós devemos tentar conversar com essa mulher de alguma forma, conhecer a mulher em si” (E1)</p>

QUADRO 3 – CENTRO OBSTÉTRICO

(conclusão)

Categorias	Subcategorias	Segmentos das Falas
Cuidado de Enfermagem Baseado no SBC	O enfermeiro reconhece e incorpora as forças interiores e a rede de apoio familiar	<p>“(…) eles [acompanhantes] têm que ficar junto com a paciente, fazer massagem, andar com ela... a gente procura falar isto para eles” (E6)</p> <p>“(…) acho que entra a questão do acompanhante, nesta parte da admissão, orientar o acompanhante, explicar para ele, perguntar se ele entende o seu papel” (E16)</p> <p>“(…) orientar os acompanhantes de forma que absorvam as informações e consigam repassar depois” (E1)</p>
	O enfermeiro reconhece situações de descontinuidade do cuidado na prática profissional	<p>“(…) eu acho que falta a gente olhar para este bebê de uma forma mais humana, e realizar os cuidados com mais calma, respeitando o tempo da mãe e do bebê” (E2)</p>
	Ambiente como fator de impacto no cuidado	<p>“(…) outra coisa importante a que a gente não está dando o valor aqui é o ambiente, ela mudou de ambiente, ela saiu do pronto atendimento, ela foi para o CO, ela está em um ambiente diferente, a própria troca de ambiente pode fazer um corte na ocitocina e fazer com que as contrações diminuam e com que este trabalho de parto fique mais prolongado, e este ambiente, como ele está” (E1)</p>

FONTE: A autora (2021).

### 5.3.3 Alojamento Conjunto

As atividades relatadas neste ponto assistencial pelos enfermeiros que participaram do estudo foram: admissão de mulheres provenientes do Pronto Atendimento ou do Centro Obstétrico; avaliação clínica e obstétrica da mulher, cuidados com o recém-nascido (avaliação clínica, realização de triagem neonatal), orientações sobre amamentação, sobre os cuidados de puerpério, sobre os cuidados com o recém-nascido e sobre as rotinas da unidade; encaminhamento das mulheres para outra instituição de saúde em situações de agravamento clínico; discussão dos casos com a equipe multiprofissional; e orientações para a alta hospitalar.

O tempo de internação das mulheres neste ponto assistencial é, em sua grande maioria, de 48 horas. Neste tempo, as atividades assistenciais e as orientações são realizadas com o objetivo de preparar a mulher para a alta hospitalar.

Nesta reunião, os enfermeiros participantes do estudo refletiram sobre os cuidados de enfermagem e a relação com o referencial teórico SBC. O QUADRO 4 apresenta as categorias e subcategorias encontradas no Alojamento Conjunto.

QUADRO 4 – ALOJAMENTO CONJUNTO

Categorias	Subcategorias	Segmentos das Falas
Cuidado de Enfermagem Baseado no SBC	Conhecimento, juízo clínico e competência para reconhecer, apoiar e desenvolver as forças da mulher	“(…) a admissão é a principal coisa, a informação correta, é atenção, mostrar onde estão as coisas, os locais em que o familiar pode andar, em que não pode, a mesma coisa. É dar aquele tempo a mais para evitar que tenha alguma confusão no futuro” (E5)
	A empatia presente na prática assistencial do enfermeiro	“(…) a forma como a gente aborda a paciente, é preciso ter empatia, se colocar no lugar do outro” (E2)
	O enfermeiro reconhece os potenciais que se podem transformar em forças	“(…) outra coisa que eu percebo que falta é ter a sensibilidade de identificar as particularidades da paciente porque ela vem com toda uma história de vida” (E2)
		“(…) elas priorizam as rotinas, tem rotina que é necessário ser respeitada, mas a grande maioria, existe ali por uma organização, mas a gente tem que adequar conforme a necessidade da minha paciente, então eu acho que isso tem que mudar” (E9)
		“(…) identificar que não é tão certo como eu imagino que é, “vai amamentar sim, porque amamentar é maravilhoso”, “porque todo mundo amamenta”, não é bem assim (…) a orientação de aleitamento materno que parece lindo, parece fácil, precisa ser entendida que não é nada é fácil” (E9)
		“(…) na admissão do paciente, a enfermeira tem que fazer o exame físico, porque não adianta depois de duas três horas que a paciente está lá, você vai avaliar e percebe que ela sangrou” (E1)
		“(…) rever a questão das orientações sobre contracepção, muitas vezes acontecem no momento totalmente errado” (E9)
		“(…) precisa mudar essa ideia de que no alojamento é o final, que ela já vem pronta e agora só tenho de fazer os detalhes finais que está tudo certo, não é assim” (E9)

FONTE: A autora (2021).

#### 5.3.4 Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCINCo)

Esta unidade é destinada ao atendimento dos recém-nascidos prematuros, com baixo peso ou que apresentaram intercorrências após o nascimento, e recém-nascido (RN) socialmente vulneráveis. Como atividades deste ponto assistencial, foram descritas as seguintes: admissão do RN; cuidados de enfermagem (administração de medicamentos, higiene, conforto e coleta de exames); monitoramento intensivo de sinais vitais; nutrição (oferta de fórmula ou leite materno, apoio e orientação sobre a amamentação para as mães dos RN); educação em saúde para a família; transferência para outra instituição em razão da gravidade do bebê; e transferência para o alojamento conjunto para finalização do tratamento e preparo para a alta hospitalar (QUADRO 5).



QUADRO 5 - UNIDADE DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO NEONATAL CONVENCIONAL

Categorias	Subcategorias	Segmentos das Falas
Cuidado de Enfermagem Baseado no SBC	A empatia presente na prática assistencial do enfermeiro	<p>“(…) e vamos desfocando um pouco da gravidade do bebê” (E8)</p> <p>“(…) o colo materno/paterno é o que cura... cura o estresse do bebê” (E8)</p> <p>“(…) a segunda delicadeza que temos é sobre o próprio diagnóstico, nós procuramos falar à medida que eles conseguem absorver” (E8)</p> <p>“(…) até mesmo o bebê em estado grave, estado crítico, que já foi feito tudo, ele vai para o colo materno logo, porque eu não sei se a mãe vai ter uma nova oportunidade” (E8)</p>
	O enfermeiro reconhece e incorpora as forças interiores e a rede de apoio familiar	<p>“(…) porque são famílias que estão fragilizadas, mas essa fragilidade traz uma união, eles vão se unir, se encaixar. Então se a enfermagem trabalhar como aliada, essa fase crítica da família pode ser a fase mais linda que ela irá ter para se descobrir, se autodescobrir” (E8)</p> <p>“(…) eu quero que a família sinta que esse trabalho é bom, apesar de ter a doença na saúde, nós temos de fazer com que eles compreendam que vai passar” (E8)</p> <p>“(…) que acontece muito é o acolhimento materno e familiar, porque quando interna o bebê, interna a família” (E8)</p> <p>“(…) o acolhimento com os pais, a rotina, falar um pouco sobre os nossos próprios cuidados, essa primeira abordagem é bem importante porque é onde eles vão se sentir seguros” (E8)</p> <p>“(…) no dia seguinte, nós começamos os cuidados com o bebê, sempre explicando para mãe e para o pai, inserindo-os no cuidado” (E8)</p> <p>“(…) eu procuro tomar cuidado com o que falo e a forma de falar porque se eles compreenderem e se sentirem acolhidos, sentirem segurança na equipe, eles vão para casa descansados, eles conseguem cooperar mais com os cuidados e com as práticas” (E8)</p>

FONTE: A autora (2021).

### 5.3.5 Ambulatório

As atividades descritas neste ponto assistencial foram: consulta de pré-natal, elaboração de plano de parto, consulta de amamentação, realização de cuidados e exames para a mulher e RN e visita guiada para as gestantes e acompanhantes. O QUADRO 6 apresenta os segmentos das falas relacionados às categorias e subcategorias.

QUADRO 6 - AMBULATÓRIO

Categorias	Subcategorias	Segmentos das Falas
Cuidado de Enfermagem Baseado no SBC	O enfermeiro descobre as oportunidades para ajudar a mulher a lidar com os eventos da vida	“(…) quando eu fui escutar o neném, eu perguntei se ela tinha alguma dificuldade e ansiedade, e a paciente achou bom eu perguntar” (E6)
	Conhecimento, juízo clínico e competência para reconhecer, apoiar e desenvolver as forças da mulher	<p>“(…) uma das coisas que elas gostam que embora seja uma consulta igual uma consulta médica, porque fazemos a avaliação objetiva, tem muita orientação” (E6)</p> <p>“(…) na consulta de amamentação, eu a chamo na salinha e vejo como o bebê está sugando, e depois começo a abordar tudo que está acontecendo” (E6)</p> <p>“(…) quando a gente as recebe nas visitas, que a gente fala de todos os tipos de partos, como ela pode ganhar, quais as posições, o tempo que demora em uma primigesta em uma multipara” (E6)</p> <p>“(…) eu sempre mostro para elas quando elas têm queixa, eu mostro foto da grávida, coloquei com o neném na barriga como ele estava tomando todo espaço, que o estômago e bexiga estavam pequenos por isso essas alterações” (E6)</p> <p>“(…) você tem conhecimento do que é o plano de parto? O que te chamou atenção? Às vezes eles não sabem o que é o plano de parto, e a consulta de 37 semanas ajuda e tirar várias dúvidas” (E7)</p>
	O enfermeiro reconhece e incorpora as forças interiores e a rede de apoio familiar	<p>“(…) na maioria das vezes, elas vêm com acompanhante, então a gente sempre traz os acompanhantes para junto das orientações” (E6)</p> <p>“(…) nós falamos sobre quem vai acompanhar, qual sua função, de como ela vai estar e que ele tem que ser participativo, lembrar a ela de respirar, a importância dele é ativa. Ele não irá assistir, ele irá acompanhar, o que é bem diferente, porque ele vai participar, nós colocamos responsabilidade na presença do acompanhante” (E6)</p> <p>“(…) hoje na amamentação eu chamei o pai para participar, para mostrar que não é fácil amamentar que ele tem que ser parceiro, ajudar. Orientei ele fazer a ordenha e ele ficou encantado, então isso é trazer ele a ser participativo” (E6)</p>

FONTE: A autora (2021).

### 5.3.6 A perspectiva dos enfermeiros quanto à aplicação do SBC na sua prática profissional

Para finalizar a etapa 2 do estudo, foi encaminhado aos enfermeiros participantes um questionário utilizando a plataforma *Office Forms*<sup>®</sup>, com o intuito de verificar a possibilidade da aplicação do SBC na prática assistencial. Na análise do conteúdo do questionário, destacam-se os segmentos das falas que apresentam as perspectivas dos enfermeiros quanto à aplicação do SBC na sua prática profissional (QUADRO 7).

QUADRO 7 – PERSPECTIVA DA APLICAÇÃO DO SBC NA PRÁTICA PROFISSIONAL SEGUNDO OS ENFERMEIROS

(continua)

Categorias	Subcategorias	Segmentos das Falas
<p>Perspectiva da Aplicação do SBC na sua Prática Profissional segundo os Enfermeiros</p>	<p>A formação e capacitação dos profissionais como influenciadores para a adoção do SBC</p> <p>Os profissionais identificam os obstáculos à incorporação do SBC na sua prática</p> <p>O cenário e o contexto como influenciadores para a aplicação do SBC na prática profissional</p>	<p>“(…) levará tempo e depende de muitas mudanças, e para ser melhor, tinha que iniciar já na formação dos profissionais” (E9)</p> <p>“(…) motivação no grupo a continuar tanto com o estudo como com a adesão à sua prática profissional” (E1)</p> <p>“(…) sugiro que possamos fazer um encontro mensal e/ou bimestral para refletir sobre a nossa prática e adequar a abordagem filosófica a fim de que esta construção não caia em esquecimento e para que os novos membros da equipe tenham contato e conheçam a abordagem” (E6)</p> <p>“(…) seria possível, se fosse tudo enfermeira” (E9)</p> <p>“(…) a gente percebe que falta uma discussão com a equipe em geral, não tem uma reunião correta e é difícil ter adesão, a equipe tem bastante resistência” (E9)</p> <p>“(…) resistência dos profissionais nas mudanças de paradigmas e práticas” (E5)</p> <p>“(…) a gente percebe que em alguns lugares é muito priorizada a técnica” (E9)</p> <p>“(…) com a situação que estamos passando neste momento, é impossível qualquer mudança” (E9)</p> <p>“(…) elas priorizam as rotinas, tem rotina que é necessário ser respeitada, mas a grande maioria existe ali por uma organização, mas é preciso adequar conforme a necessidade da paciente, então eu acho que isso tem que mudar” (E9)</p> <p>“(…) acredito que com a entrada de novos colaboradores, deveremos continuar expandindo esta abordagem visando à maior consciência sobre o cuidado que estamos prestando” (E3)</p> <p>“(…) um excelente local [maternidade] para praticar esse cuidar” (E6)</p>

QUADRO 7 - PERSPECTIVA DA APLICAÇÃO DO SBC NA PRÁTICA PROFISSIONAL SEGUNDO OS ENFERMEIROS

Categorias	Subcategorias	Segmentos das Falas
Perspectiva da Aplicação do SBC na sua Prática Profissional segundo os Enfermeiros	<p>Forças cognitivas que vinculam a aquisição e o uso do conhecimento</p> <p>O desocultar das forças e o reconhecimento do SBC na prática profissional</p>	<p>“(…) a partir do momento em que a equipe muda e que vêm profissionais novos, tudo bem, pode ser que seja possível, mas com a instabilidade que está agora, é negativa, então por isso que eu acho que para esse grupo que está agora, não dos enfermeiros, os enfermeiros tudo bem, nota mil para eles, mas eu vejo na equipe de técnicos que ainda não é possível” (E9)</p> <p>“(…) o estudo nos fez entender a importância do nosso cuidado” (E1)</p> <p>“(…) acredito que passei a ouvir mais as mulheres, a tentar entender melhor aquele momento de dor, que muitas vezes não é só física, existem várias coisas envolvidas, e entendendo isso dar apoio emocional, sendo positiva e encorajando essa mulher de sua capacidade de parir” (E2)</p> <p>“(…) depois que tive conhecimento desse cuidar, passei a tentar praticar no cotidiano tal cuidado, estimulando no binômio mãe/bebê, ou melhor, cada um, tentando sempre usar palavras de afirmação, destacando o ponto positivo de cada mãe ao cuidar de seu bebê, tentando destacar o que é de melhor e as forças de cada uma” (E8)</p> <p>“(…) já fazemos isto de forma inconsciente, consigo perceber de forma mais clara o uso das forças em meu processo de trabalho” (E5)</p> <p>“(…) novos aprendizados, troca de experiências, interação com os colegas de equipe” (E8)</p> <p>“(…) consegui entender a importância de aplicação do cuidado de forma individualizada e com respeito ao processo e à história da mulher” (E2)</p> <p>“(…) fiquei encantada em saber que já trabalhava, de certa forma” (E6)</p> <p>“(…) na verdade, o contato com esta abordagem filosófica me fez refletir sobre minha prática e descobri que em alguns momentos já fazia uso de algumas estratégias empiricamente, o estudo e o conhecimento me deram embasamento para valorizar o que já era feito e ampliar” (E12)</p> <p>“(…) conhecer e entender essa filosofia me fez rever algumas abordagens, melhorando a minha assistência com as mulheres e seus familiares” (E1)</p> <p>“(…) podemos usar as nossas forças pessoais para prestar uma melhor assistência” (E9)</p>

FONTE: A autora (2021).

(conclusão)

A análise de conteúdo das falas dos participantes contribuiu para o alcance do segundo objetivo do estudo, que é identificar na prática assistencial dos enfermeiros da maternidade o referencial “*Strengths-Based Care*” em uma perspectiva de continuidade do cuidado. Entretanto, esta reflexão contribuiu também na identificação do cuidar de enfermagem com base nos problemas e centro no modelo biomédico. Percebeu-se um modelo assistencial em transição, em que muitos enfermeiros mantêm o foco do cuidado nos procedimentos e rotinas da instituição, desconsiderando, por vezes, a singularidade da mulher e de seus familiares. Alguns enfermeiros tiveram uma postura prescritiva, mantendo uma relação hierárquica com a mulher, influenciados por julgamentos preestabelecidos. Contribuindo com esse modelo de assistência, foi observado um ambiente promotor de insegurança e desfavorável à privacidade da mulher, somado a uma dinâmica do serviço que propicia descontinuidade do cuidado.

Os elementos do SBC, no entanto, foram identificados no cuidado dos enfermeiros em todos os pontos assistenciais da maternidade, apresentando profissionais que utilizam da sua competência em prol da criação de vínculo com a mulher, que reconhecem e consideram sua singularidade, promovem seu empoderamento, incorporam as forças interiores e a rede de apoio familiar, utilizam da empatia e descobrem oportunidades para ajudar a mulher a lidar com os eventos da vida, realizando um plano de cuidados personalizado para ela e para a situação que vivencia, propiciando, conseqüentemente, uma participação ativa da mulher no processo de parturição. Estes enfermeiros também reconhecem situações de descontinuidade do cuidado na prática profissional, visualizam que o ambiente é um fator de impacto no cuidado e reconhecem os potenciais que podem se transformar em forças.

As discussões realizadas na maternidade foram conduzidas intencionalmente por ponto assistencial, o que possibilitou identificar as particularidades que coadunam com a dinâmica relacionada ao processo de trabalho desenvolvido pelos enfermeiros nesta instituição e com o processo fisiológico de parturição. Estas particularidades e os componentes da equipe assistencial moldam de forma diferenciada cada ponto assistencial.

Os elementos intrínsecos identificados na prática assistencial dos enfermeiros da maternidade relacionados ao SBC vão ao encontro de conceitos relevantes para a prática dos enfermeiros e do arcabouço teórico e legal que rege esta linha de cuidado.

Observou-se que as questões relacionadas à formação e capacitação desses profissionais bem como, o conhecimento sobre o referencial teórico e a possibilidade de reconhecer suas próprias forças são importantes na aplicação deste referencial, da mesma maneira que o cenário, o contexto político, a estrutura organizacional e a resistência de alguns profissionais às mudanças podem influenciar na aplicação do SBC na prática assistencial dos enfermeiros.

Percebe-se a necessidade do desenvolvimento de alguns pilares para a mudança efetiva de um modelo de cuidado, sendo eles: a afinidade com o referencial teórico, o reconhecimento das suas próprias forças e dos elementos do SBC; a disponibilidade para estudo e aprimoramento contínuo; a abertura de espírito para a reconstrução do modelo de cuidado; e um ambiente oportuno com condições gerenciais, reforçando a necessidade da institucionalização deste processo de trabalho para os enfermeiros da maternidade.

Os elementos do SBC presentes na prática assistencial dos enfermeiros foram percebidos pelas mulheres hospitalizadas da maternidade, tendo esta reflexão finalizado a última etapa do estudo.

#### 5.4 A PERCEPÇÃO DAS MULHERES HOSPITALIZADAS EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM RECEBIDOS, TENDO COMO RESPALDO O REFERENCIAL TEÓRICO *STRENGTHS-BASED CARE*.

O resultado da análise de conteúdo das entrevistas com as mulheres hospitalizadas na maternidade mostrou a percepção de elementos do SBC no cuidado de enfermagem, os quais foram identificados em todos os pontos assistenciais, destacando-se o Centro Obstétrico (QUADRO 8).



QUADRO 8 - PERCEPÇÃO DO SBC NA PRÁTICA ASSISTENCIAL DOS ENFERMEIROS SEGUNDO AS MULHERES

(continua)

Categoria	Ponto Assistencial	Subcategoria	Segmentos das Falas
O SBC na Percepção das Mulheres em Relação ao Cuidado Recebido	Ponto Atendimento	A mulher percebendo as orientações fornecidas pelos enfermeiros como o cuidado de enfermagem e a criação de vínculo, proporcionando um sentimento de segurança	<p>“(…) Eles explicaram super bem tudo, perguntavam para mim se eu estava entendendo o que estava acontecendo. E daí já me prepararam para ir para o internamento, eu estava com o meu marido” (M13).</p> <p>“(…) Deu tempo de orientar, a gente fez tudo com calma, apesar de ter sido um período bem curto, mas a gente fez tudo com calma, tudo sempre orientado” (M7).</p> <p>“(…) Porque eu os achei bem atenciosos, eles explicam as coisas certinho, a gente se sente mais confiante aqui” (M12).</p>
	Centro Obstétrico	A mulher percebendo a consideração da sua singularidade	<p>“(…) Eles me trataram super bem e me deram muitas opções, o chuveiro, a banheira, a bola, não me deixaram sozinha em nenhum momento” (M2).</p> <p>“(…) Eu gostei de tudo, mas onde vai ganhar [Centro Obstétrico], eu gostei mais, porque é um momento em que você está ali nervosa e, mesmo assim, eu achei que o atendimento foi muito humano, bem diferente” (M7).</p>

QUADRO 8 - PERCEPÇÃO DO SBC NA PRÁTICA ASSISTENCIAL DOS ENFERMEIROS SEGUNDO AS MULHERES

(continuação)

Categoria	Ponto Assistencial	Subcategoria	Segmentos das Falas
O SBC na Percepção das Mulheres em Relação ao Cuidado Recebido	Centro Obstétrico	A mulher percebendo o cuidado além da técnica	<p>“(…) Os enfermeiros são muito bons, todo o tempo tem alguém perguntando se está bem, fazendo exame em você, fazendo um acompanhamento a todo momento, sempre próximo” (M7).</p> <p>“(…) Eu achei legal na parte do parto, porque eles são bem atenciosos com a gente, é emocionante, o que mais me marcou foi o parto” (M7)</p> <p>“(…) O que me ajudou muito foram as palavras que as enfermeiras falavam, me incentivavam” (M9)</p> <p>“(…) Aqui foi muito bom e me deu muita segurança, o tratamento na hora do parto, porque eles me deram muita força e eu achei muito bom, eu estou muito feliz e saí com uma experiência boa do hospital” (M9)</p> <p>“(…) Foi o centro obstétrico, fiquei mais tempo lá e senti o pessoal mais próximo de mim lá” (M13)</p> <p>“(…) Acho que se não fosse o incentivo mesmo, eu não tinha nem conseguido, porque eu já estava esgotada, já perdendo as forças, e elas estavam incentivando ali, aí que deu certo” (M19).</p>
		A mulher percebendo a continuidade do cuidado	<p>“(…) Inclusive eu mudei de três salinhas e cada vez que eu mudava de salinha, vinha um enfermeiro e falava ‘oh você vai ficar aqui, vai ser assim e assim, daqui um pouquinho já vai para a próxima’, sempre explicando para a gente não ficar com dúvida e nem com medo da espera, né, porque você fica esperando, você fica com medo, mas elas, a todo momento, falavam, explicavam certinho, não ficava ninguém sem saber o que iria acontecer” (M7)</p>
		A mulher percebendo a consideração da sua singularidade	<p>“(…) Se apresentam, perguntam se podem se aproximar, chegar, conversar, perguntam se está tudo bem, se pode ser agora ou depois, tudo a gente tem a opção de falar” (M7).</p>

QUADRO 8 - PERCEPÇÃO DO SBC NA PRÁTICA ASSISTENCIAL DOS ENFERMEIROS SEGUNDO AS MULHERES

Categoria	Ponto Assistencial	Subcategoria	Segmentos das Falas
O SBC na Percepção das Mulheres em Relação ao Cuidado Recebido	UCINCo	A mulher percebendo a proximidade do enfermeiro	“(…) Estava difícil de ele [o bebê] pegar no peito, mas o tempo todo as meninas estão sempre estimulando ele para tentar pegar e fazer da maneira certa, sempre tem alguém me acompanhando, perguntando” (M13).
	Ambulatório	A mulher percebendo as orientações fornecidas pelos enfermeiros como o cuidado de enfermagem e a criação de vínculo, proporcionando um sentimento de segurança	“(…) Fui atendida por enfermeira e a consulta foi boa também, ela foi muito atenciosa, fez aquele plano de parto, e falou sobre tudo da maternidade, excelente” (M10)  “(…) Sobre a consulta de 37 semanas, foi muito boa, fiz com as enfermeiras, elas explicaram tudo, como é o parto humanizado, achei bem interessante, me senti segura com as informações, foi tudo bem explicado” (M19)

FONTE: A autora (2021)

(conclusão)

As mulheres perceberam as orientações fornecidas pelos enfermeiros como o cuidado de enfermagem, estimulando a criação de vínculo, proporcionando um sentimento de segurança e percebendo a consideração da sua singularidade. Os enfermeiros foram percebidos como experientes, tendo mantido uma relação horizontal próxima, além da técnica e das rotinas institucionais, promovendo situações de continuidade do cuidado.

## 6 DISCUSSÃO

A discussão deste estudo será apresentada na sequência dos objetivos propostos, sendo eles: o perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres atendidas na maternidade de risco habitual; o SBC na prática assistencial dos enfermeiros em uma perspectiva de continuidade do cuidado; e a percepção das mulheres hospitalizadas na maternidade de risco habitual, buscando o reflexo deste referencial na assistência de enfermagem prestada.

### 6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DAS MULHERES ATENDIDAS NA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL

A avaliação do perfil das mulheres gestantes assim como o monitoramento da classificação do risco gestacional nas diferentes etapas de assistência à mulher são estratégias que visam direcionar o melhor cuidado para cada estrato específico. Estudos com o intuito de caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétrico das gestantes e puérperas possibilitam melhoria na prestação de cuidados pela equipe assistencial por direcionar suas ações e considerar o contexto no qual a mulher estará inserida, respeitando sua realidade e suas particularidades (AMORIM et al., 2017; ANDRADE et al., 2018; SAMPAIO; ROCHA; LEAL, 2018).

O Centro de Estudos em Administração Pública e Governo (CEAPG) tem-se dedicado a pesquisar as ações desenvolvidas por governos subnacionais nos últimos 25 anos. A análise mostra que os municípios têm atuado de modo a encontrar respostas para as demandas de saúde locais, estando as soluções intimamente associadas ao reconhecimento das potencialidades de cada região (ALVES, 2017).

Entre estas ações, destaca-se o Programa Mãe Curitiba, que tem como uma das principais conquistas a viabilização de uma rede de atenção à gestante com serviços de referência de média e alta complexidade, claramente estabelecidos desde o início do pré-natal. Antes deste programa, não havia organização dos leitos disponíveis nas maternidades para a realização dos partos e as gestantes em processo de parturição tinham que procurar vaga pelas maternidades de Curitiba para o seu internamento; esta realidade foi alterada consideravelmente com esta implementação. O sucesso e a permanência deste programa podem ser atribuídos basicamente a três características da gestão municipal: a organização e a

potencialização de uma rede de serviços, a mudança de paradigma sobre o modo de acolher e cuidar e a importância da articulação híbrida para a continuidade dos serviços (ALVES, 2017).

Esta estratégia coaduna com o conceito de continuidade do cuidado, principalmente relacionado à continuidade de informação e de gerenciamento, e com o conceito de *Triple Aim* (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2021), utilizado para melhorar o sistema de saúde, estando centrada em três dimensões: melhorar a experiência do indivíduo em relação à assistência, melhorar a saúde das populações e reduzir o custo *per capita* dos cuidados de saúde (INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE, 2021).

Outro dado considerado relevante foi a adequada **estratificação de risco**, sendo 90% das mulheres vinculadas corretamente como gestação de risco habitual, seguindo os critérios do Programa Mãe Curitiba Vale a Vida (CURITIBA, 2018). Quando a paciente é vinculada corretamente à sua maternidade, são permitidos a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez (LEITE; GASQUEZ; BERTONCIM, 2019), sendo esta classificação influenciada pelas características individuais da gestante, antecedentes pessoais, antecedentes gineco-obstétricos e pela evolução da gestação atual (CALDEIRA et al., 2017; CURITIBA, 2018; SILVA; ANDRADE, 2020).

A avaliação e a estratificação de risco da gestação devem acontecer na primeira e nas demais consultas do pré-natal. Deve ser garantido o acesso da gestante aos serviços de atenção especializada à gestação de risco, conforme desenho da Rede de Atenção Materno Infantil (PARANÁ, 2012; SILVA, ANDRADE, 2020).

A gestante considerada de risco habitual é aquela que apresenta gestação fisiológica sem intercorrências, sem comorbidades e com bom histórico gineco-obstétrico, não tendo necessidade identificada de utilizar alta densidade tecnológica em saúde. Como características individuais, destacam-se: idade materna entre 15 anos e 35 anos; não dependente de drogas lícitas ou ilícitas; bons níveis de escolaridade; sem transtorno mental, epilepsia ou desvios nutricionais (desnutrição, sobrepeso e obesidade); e sem histórico de doenças infecciosas como hepatite, sífilis, HIV, tuberculose ou doenças autoimunes. Entretanto, esta condição somente pode ser confirmada ao final do processo gestacional após o parto. O processo dinâmico e a complexidade das alterações funcionais e anatômicas que ocorrem no ciclo

gestacional exigem avaliações continuadas e específicas em cada período (PARANÁ, 2012; BRASIL, 2013; CURITIBA, 2018).

A identificação de fatores de risco e a estratificação do risco das gestantes é uma estratégia de fundamental importância para a organização da assistência segundo as necessidades de saúde da mulher, podendo auxiliar no planejamento de ações para melhoria da qualidade assistencial no pré-natal da gestante. Assim, há garantia de atendimento no serviço de alta complexidade e assistência mais segura no atendimento ao parto e no cuidado ao recém-nascido, auxiliando na redução da mortalidade materno-infantil (CALDEIRA et al., 2017; DEMITO, 2017; LEITE; GASQUEZ; BERTONCIM, 2019).

Vale ressaltar que a adequada estratificação de risco bem como o elevado índice de acompanhamento nas consultas pré-natal são condições desenvolvidas ao longo dos anos, sendo fruto de inúmeras pesquisas e do envolvimento dos gestores municipais, profissionais de saúde, órgãos de classe e pressão da sociedade civil. Motivado pela “peregrinação” das gestantes no momento do processo de parturição, bem como pelos elevados números de mortalidade materna e infantil, o Programa Mãe Curitibana Vale a Vida tem uma experiência de mais de 20 anos e vem, ao longo do tempo, se destacando como uma política pública de sucesso, tornando-se referência para outras cidades do país, sendo reconhecido internacionalmente.

Em relação ao **acompanhamento de pré-natal**, ele deve assegurar o desenvolvimento da gestação, possibilitando melhores chances de um nascimento saudável. É importante serem abordadas questões de aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas. O pré-natal deve ser iniciado o mais breve possível, proporcionando acompanhamento efetivo. A vinculação deve ser realizada até a 12<sup>o</sup> semana de gestação, respeitando-se o número mínimo de seis consultas (PARANÁ, 2012; BRASIL, 2013; CURITIBA, 2018).

As consultas de pré-natal devem ser mensais até a 28<sup>a</sup> semana, quinzenais entre 29 e 36 semanas e semanais no termo da gestação (PARANÁ, 2012; BRASIL, 2013; CURITIBA, 2018).

O acompanhamento pré-natal é importante para preparar a gestante física e psicologicamente para o momento do parto, promover o processo de educação, cuidados e conseqüentemente ser uma ferramenta para contribuir com a redução dos indicadores de morbimortalidade materna e fetal, promovendo melhor qualidade de

vida na gestação e no pós-parto (OLIVEIRA; BARBOSA; MELO, 2016; REGO et al., 2016; GONÇALVES et al., 2018).

O início precoce do acompanhamento pré-natal viabiliza o diagnóstico e o tratamento de diversas patologias que podem interferir gravemente na saúde materna e fetal, além de estimar a idade gestacional com mais fidedignidade, o que propicia melhor monitoramento do crescimento e maturidade fetal (OLIVEIRA; BARBOSA; MELO, 2016; REGO et al., 2016; GONÇALVES et al., 2018).

A realização do pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde é uma estratégia que garante avaliação e educação em saúde e pode ser considerado uma força ou recurso que a mulher tem durante o período gestacional. O acolhimento feito no pré-natal é um fenômeno autêntico do vínculo, garantindo ao profissional de saúde a possibilidade de ver a mulher segundo suas reais carências, favorecendo a escuta ativa, a identificações de problemas de saúde, abrindo caminhos para estratégias de cuidado (SILVA et al., 2018a).

Esta estratégia mesmo efetiva tem muitos desafios, sobretudo em relação à continuidade do cuidado. A realização do pré-natal nas UBS não possibilita o vínculo necessário com os profissionais das maternidades de referência. O atendimento feito na maternidade acontece apenas em situações de intercorrências clínicas e obstétricas das gestantes ou no período de parturição avançado, limitando o tempo necessário para a formação de vínculo entre os profissionais da maternidade e a mulher.

Esta possível fragilidade da assistência à gestante pode também ser considerada uma relevante oportunidade de articulação entre os serviços da rede. Oportunizar a presença dos enfermeiros obstetras das maternidades de referência nas consultas de pré-natal das UBS poderia contribuir para o aumento de vínculo entre as gestantes e estes profissionais, acentuar a troca de informações, a redução de dúvidas e o aumento do sentimento de segurança para o momento do parto, contribuindo para a continuidade relacional.

O curto período de permanência da mulher na maternidade mostra, da mesma maneira, a dependência que os profissionais desta instituição têm para a efetividade



da continuidade do cuidado, destacando-se a figura da enfermeira de ligação<sup>7</sup> e as atividades de contrarreferência<sup>8</sup>.

De modo similar, estratégias de aproximação dos enfermeiros da maternidade com os grupos considerados vulneráveis, por exemplo as adolescentes, poderiam contribuir para redução das **altas taxas de gestantes** nesta fase da vida. Há uma relação próxima entre a gestação na adolescência e a sua saída precoce da escola, somada à dificuldade da sua entrada no mercado de trabalho, podendo trazer problemas na sua vida pessoal e social e complicações para a sua saúde, implicando riscos, cuidados inadequados aos bebês e empobrecimento nas perspectivas de escolarização, trabalho e renda das adolescentes e suas famílias (QUEIROZ et al., 2014; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015; ALVES et al., 2016; SANTOS et al., 2018; VICENTIM et al., 2020).

Ações multicêntricas entre as maternidades, Unidades Básicas de Saúde e as escolas podem ser estabelecidas para que métodos contraceptivos sejam divulgados e disponibilizados, e a escolha para a maternidade possa ser discutida. A informação deve ser a ferramenta com alto poder de contribuição para reduzir estes índices. Os enfermeiros responsáveis pelo cuidado com gestantes adolescentes devem buscar as forças e potencialidades destas jovens para possibilitar condições assertivas para este processo de transição e contribuir para que outras gestações possam ser adequadamente planejadas.

Finalmente, o **nível de escolaridade das mulheres** na maternidade surpreendeu positivamente, pois os dados reforçam a relação entre maior nível de escolaridade e menor número de gestações e de filhos. Este indicador é uma variável fundamental para a compreensão das diferenças no comportamento de saúde reprodutiva da população. Níveis elevados de escolaridade materna têm forte associação com condições favoráveis para as mulheres e seus filhos (PARCERO,

---

<sup>7</sup> Enfermeira de ligação: modalidade que surgiu em Montréal – Canadá em 1960 como extensão dos serviços hospitalares. É a profissional de saúde responsável por coordenar a alta hospitalar do paciente, transferir as informações do hospital para a atenção primária e acompanhar a assistência oferecida (HESSELINK, 2014; RIBAS et al., 2018; AUED et al., 2019).

<sup>8</sup> Contrarreferência: A contrarreferência é a forma de encaminhamento do usuário para a unidade de origem, de forma que tal unidade tenha conhecimento do atendimento prestado a ele e as indicações para a continuidade ao seu acompanhamento à saúde (ORTEGA et al., 2016).

2017). Mulheres com maior tempo de escolaridade tendem a uma redução do desenvolvimento de morbidades graves e do óbito materno por causas evitáveis, pois quanto maior a escolaridade materna, maior o número de consultas de pré-natal e a possibilidade de compreender as orientações e manter o autocuidado (REIS, 2014; SANTOS et al., 2015).

Este perfil evidenciou mulheres com bom nível educacional, que fizeram acompanhamento efetivo durante o pré-natal, adolescentes e jovens, solteiras, com necessidade de baixa densidade tecnológica para o desfecho da sua gestação. Estas características identificadas no perfil das mulheres da maternidade de risco habitual são consideradas potencialidades e recursos destas mulheres. Os potenciais são precursores das forças, como, por exemplo, o bom nível educacional, que não funciona como uma força, mas pode transformar-se em uma. Os recursos são serviços e oportunidades externos à pessoa e à sua família, como, por exemplo, o acompanhamento efetivo de pré-natal e a vinculação a uma maternidade adequada ao seu risco gestacional. O enfermeiro tem condições de usar estes potenciais e recursos em diversas oportunidades e momentos com a mulher, otimizando e proporcionando suporte para suas respostas para que ela consiga passar por este momento de transição e alcançar seus objetivos (GOTTLIEB, 2016).

Esta população é característica para a assistência do enfermeiro durante o período gestacional, parto e puerpério, tornando-o ator ativo e articulador deste processo. Este cenário, que compõe uma rede de assistência à saúde, é propício para a aplicação do SBC como referencial teórico, potencializando o uso das boas práticas em obstetrícia, as ações de humanização e de continuidade do cuidado, resgatando a mulher e seu familiar como protagonistas deste momento.

## 6.2 O SBC NA PRÁTICA ASSISTENCIAL DOS ENFERMEIROS DA MATERNIDADE EM UMA PERSPECTIVA DE CONTINUIDADE DO CUIDADOS

Os resultados apresentaram o cuidado de enfermagem subdividido em duas grandes categorias: o cuidado de enfermagem baseado nos problemas e o cuidado de enfermagem com base no SBC.

O **cuidado baseado nos problemas** é o pensamento dominante do sistema de saúde, em razão, principalmente, da prevalência do modelo biomédico, que foi desenvolvido no decorrer dos anos para ajudar os profissionais de saúde a entender

os problemas clínicos dos seus pacientes, chegar a um diagnóstico preciso e encontrar o melhor tratamento. Este modelo faz parte da formação e do processo de trabalho destes profissionais (GOTTLIEB, 2016 p. 10; NEVES; PORCARO; DANIEL, 2017; CHAVES, et al.,2019; COSTA, et al.,2019).

Os profissionais de saúde que praticam o cuidado nesta perspectiva, acreditam que o problema pode ser entendido por si, sem situar seu contexto, sem referência ou conhecimento da situação da pessoa, da sua história ou da circunstância que envolve o momento. Para este modelo, a concepção do plano terapêutico tem por base as necessidades estabelecidas de maneira prescritiva e padronizada, o profissional tende a ver a pessoa como um “caso” ou “doença”, não como uma pessoa que tem experiência, conhecimento e capacidades e que é competente para tomar decisões (GOTTLIEB, 2016 p. 10; NEVES; PORCARO; DANIEL, 2017; PETRES; DA ROS, 2018).

A relação entre o profissional e o paciente ocorre de maneira hierárquica tradicional. O profissional é o detentor do conhecimento, o paciente assume um papel passivo como destinatário dos cuidados. O diagnóstico diferencial, o raciocínio clínico e as abordagens baseadas no diagnóstico dos problemas são os instrumentos para a tomada de decisão (GOTTLIEB, 2016 p. 31).

Este modelo, também conhecido como tecnocrático, separa o corpo humano da mente humana e define o corpo como uma máquina - uma metáfora que reflete a ênfase da tecnocracia na importância das máquinas. Os profissionais que desenvolvem seu trabalho com base no modelo tecnocrata estão convencidos de que alterar os processos naturais os torna melhores, mais previsíveis, mais controláveis, portanto, mais seguros (FLOYD, 2001; NEVES; PORCARO; DANIEL, 2017; PETRES; DA ROS, 2018).

Há uma grande parcela de enfermeiros que reage às situações clínicas de forma automática ou irrefletida, em razão da forte influência do modelo de cuidado com base na identificação dos problemas. Este é um paradigma presente em hospitais em que a enfermagem é influenciada pelo modelo biomédico minimalista. Modelos mais humanizados em cuidados com a saúde, tais como a abordagem humanística e o modelo holístico (FLOYD, 2001), bem como os programas e políticas relacionadas à humanização (BRASIL,2004; 2011; 2014a; 2014b; 2017), têm um grande peso neste processo. No entanto, ainda não conseguiram romper com o paradigma hegemônico estruturado historicamente nesta linha de cuidado, que é regido por valores

biomédicos e por uma estrutura autoritária dos profissionais da saúde (FLOYD et al., 2010; PIESZAK et al., 2019).

Estudos apresentam uma assistência focada em atender o problema de saúde da mulher com pouca consideração em relação às suas dúvidas, vontades, sentimentos e crenças, sendo perceptível que a assistência à saúde de forma humanizada e acolhedora ainda não alcançou o patamar recomendado (DODOU; RODRIGUES; ORIÁ, 2017; PIESZAK et al., 2019; GUIMARÃES et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2020).

As repercussões do modelo de atenção obstétrica atual provocam alterações no processo de parturição, que se relacionam à forma de cuidar de mulheres, recém-nascidos e suas famílias, afastando-as de seus saberes, experiências e práticas do parto e nascimento (COLLAÇO et al., 2016; PIESZAK et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2020).

Não se pode negar que os avanços alcançados nesta linha de cuidado trouxeram progressos para a saúde materna e fetal. Entretanto, as inovações tecnológicas e terapêuticas dos serviços médicos, o relacionamento dos profissionais com as parturientes e a maneira de conduzir o parto ainda podem ser considerados fatores que proporcionam desumanização da assistência (DODOU; RODRIGUES; ORIÁ, 2017). Manter-se no modelo biomédico pode tornar rígido o cuidado a ponto de fragilidades não serem percebidas e/ou serem consideradas comuns e adequadas.

A postura prescritiva do enfermeiro e o relacionamento hierárquico foram exemplos do cuidado com base nos problemas, na realidade estudada. Na linha de cuidado obstétrica, a estrutura autoritária dos profissionais da saúde, legitimada ao longo dos anos, proporciona uma posição privilegiada de poder na relação com as mulheres, interferindo na sua autonomia e no cuidado prestado (FLOYD et al., 2010; PIESZAK et al., 2019; GUIMARÃES et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2020;).

A figura do profissional de saúde é percebida pelas mulheres como aquele que detém o saber validado socialmente. As mulheres em momento de parturição e pós-parto compreendem como figura de poder/saber, confiando seus corpos e reconhecendo suas ações e discursos como legítimos, assim, inquestionáveis. Evidenciando a necessidade do desenvolvimento da crítica e informação das mulheres sobre seus direitos, seu corpo, o processo de parto e pós-parto. Este modo de compreender os profissionais pode ser um dos efeitos da institucionalização do

corpo da mulher, acarretando sua despersonalização (OLIVEIRA, PENNA, 2017; GENERO, SANTOS, 2020).

Estudo realizado por Piler et al. (2019) identificou dificuldades na relação profissional-parturiente, destacando situações em que o profissional se posiciona como aquele que detém o poder sobre o corpo da mulher, atuando com atitudes impositivas, bem como situações em que o apoio profissional e o fornecimento de informações não são práticas frequentes, gerando ansiedade, insegurança e um ambiente considerado tóxico para a mulher.

O grau de informação na assistência do processo de parturição tem sido mostrado como fator de grande relevância para as mulheres por aumentar a percepção de estar no controle interno (relacionado ao próprio comportamento) e externo (referente ao ambiente, incluindo a equipe de saúde), facilitar a compreensão sobre o cuidado realizado e possibilitar maior participação nos processos decisórios. Para as mulheres, receber informação suficiente e adequada é sinônimo de humanização, representa o cuidado na atenção e constitui característica desejável de um profissional de enfermagem competente. Destaca-se a importância de proporcionar informações à gestante para que ela possa compreender o momento pelo qual está passando e possa, deliberadamente, fazer escolhas sobre o processo gestacional e de parturição (OLIVEIRA; PENNA, 2017; GUIMARÃES et al., 2020).

O enfermeiro desempenha papel importante no resgate do direito das mulheres de participar das decisões durante o ciclo gravídico puerperal. Por outro lado, quando as práticas de cuidado à mulher são fundamentadas no autoritarismo e alienação, o enfermeiro poderá contribuir para manter a mulher em uma posição de submissão e aceitação, restringindo sua participação no processo decisório, aumentando o distanciamento e a hierarquia da relação, impedindo a construção de vínculo e de confiança neste processo de parturição (BUSANELLO et al., 2011; OLIVEIRA; PENNA, 2017).

Apesar de já haver políticas específicas que garantem um cuidado humanizado durante o processo de parturição, revela-se que os abusos de poder por parte das instituições e de seus profissionais sobre a saúde da mulher ainda se fazem presentes na prática assistencial (ANDRADE et al., 2016; OLIVEIRA; PENNA, 2017; GUIMARÃES; JONAS; AMARAL, 2018; RODRIGUES et al., 2018).

A organização hospitalar causa no sujeito uma sensação de perda de sua identidade e singularidade. Há um “despir-se” simbólico da individualidade, autonomia

e sexualidade frente à internação hospitalar, em que há a separação da família, rituais de assepsia e limpeza, remoção de roupas particulares e objetos pessoais e regulação da alimentação, aspectos que desconsideram a singularidade da mulher (GENERO; SANTOS, 2020).

Desconsiderar a singularidade da mulher e institucionalizar seu corpo são condições que podem indicar violência obstétrica<sup>9</sup>, assim, deve-se estar atento ao limiar tênue entre a necessidade de controle das técnicas e rotinas institucionais e o abuso de poder pelas relações hierárquicas.

Para reduzir estas questões de institucionalização do corpo, a Organização Mundial de Saúde bem como as organizações brasileiras apresentam recomendações e propõem condutas para reduzir as intervenções desnecessárias, destacando-se os cuidados durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato para parturiente e o recém-nascido; a escolha de acompanhante; o respeito e a boa comunicação entre as mulheres e a equipe de saúde; a preservação da privacidade; a liberdade de escolha de posições para o trabalho de parto e parto; e as medidas não farmacológicas para alívio da dor (WHO, 2018; FERREIRA et al., 2019).

A busca de um modelo assistencial que seja integral, que atenda às necessidades ampliadas de saúde, em consonância com os princípios do SUS, e que ultrapasse os problemas provenientes da hegemonia do paradigma biomédico é um dos mais atuais e importantes desafios do sistema de saúde brasileiro (FERTONANI et al., 2015; SOUZA et al., 2019). Transpor o paradigma hegemônico requer uma abordagem da saúde direcionada para o reconhecimento dos comportamentos humanos, centralizando o cuidado nas relações humanas e no contexto social em que acontecem (BELLAGUARDA et al., 2013). Neste modelo alternativo, o cuidado da enfermeira não se confunde com a prática médica, pois ultrapassa a perspectiva da doença e produz uma relação de construção compartilhada e participativa entre todos os sujeitos envolvidos, paradigmas que vão ao encontro da abordagem filosófica que fundamenta este estudo.

---

<sup>9</sup> Violência obstétrica são práticas dentro dos sistemas de saúde e do atendimento às gestantes durante o parto e puerpério que podem ser classificadas nesse estudo como violências morais, físicas, psicológicas e patrimoniais. É caracterizada por atos praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometida por profissionais de saúde, ou outros profissionais envolvidos na atenção prestada à mulher no ciclo gravídico-puerperal (MARQUES, 2020)

Para o SBC, há duas abordagens predominantes na relação enfermeiro-paciente. A relação hierárquica e tradicional e a parceria colaborativa, que pode ser definida como oportunidade de estabelecer objetivos centrados na pessoa por meio de um processo dinâmico que exige participação ativa e acordos entre o profissional que cuida e a pessoa que recebe o cuidado. A parceria colaborativa trata de *estar e fazer com* e não sobre *fazer para a* pessoa. Trabalhar com as forças revela características únicas das pessoas e oportuniza uma forma mais eficaz e responsiva para honrar a sua singularidade (GOTTLIEB, 2016, p. 82).

O cuidado com base nos problemas está presente na maternidade do estudo, todavia os resultados também elementos do **cuidado de enfermagem baseado no SBC**. Estes elementos determinantes deste referencial teórico estão presentes na prática profissional dos enfermeiros em todos os pontos assistenciais da maternidade, corroborando com uma realidade assistencial em transformação. Estes profissionais buscam a criação de vínculo com as mulheres, consideram sua singularidade, reconhecem e incorporam as forças interiores e a rede de apoio familiar, utilizam da sua competência profissional e da empatia em prol da mulher, incentivam seu empoderamento e descobrem oportunidades para ajudar a mulher a lidar com os eventos da vida.

A perspectiva teórica serve de inspiração e de guia para as ações dos enfermeiros, que necessitam construir suas próprias perspectivas, reformulando suas orientações à luz das suas experiências com os pacientes e seus familiares (GOTTLIEB, 2016, p. 56).

Uma orientação teórica bem articulada permite aos enfermeiros compreender e reconhecer o alcance, a variação e a complexidade do seu trabalho enraizado nas tradições do cuidar e na prestação de cuidados para promover a saúde e facilitar a recuperação da pessoa. Isto fornece aos enfermeiros o conhecimento e as ferramentas de que eles necessitam para comunicar a importância do seu trabalho. Para tanto, o referencial teórico precisa ser condizente com a realidade da população atendida, com o ambiente organizacional e com os valores dos profissionais (ROSA et al., 2018). A orientação teórica confere aos enfermeiros sua identidade singular. O SBC é uma perspectiva de enfermagem que tem estes requisitos (GOTTLIEB, 2016, p. 65).

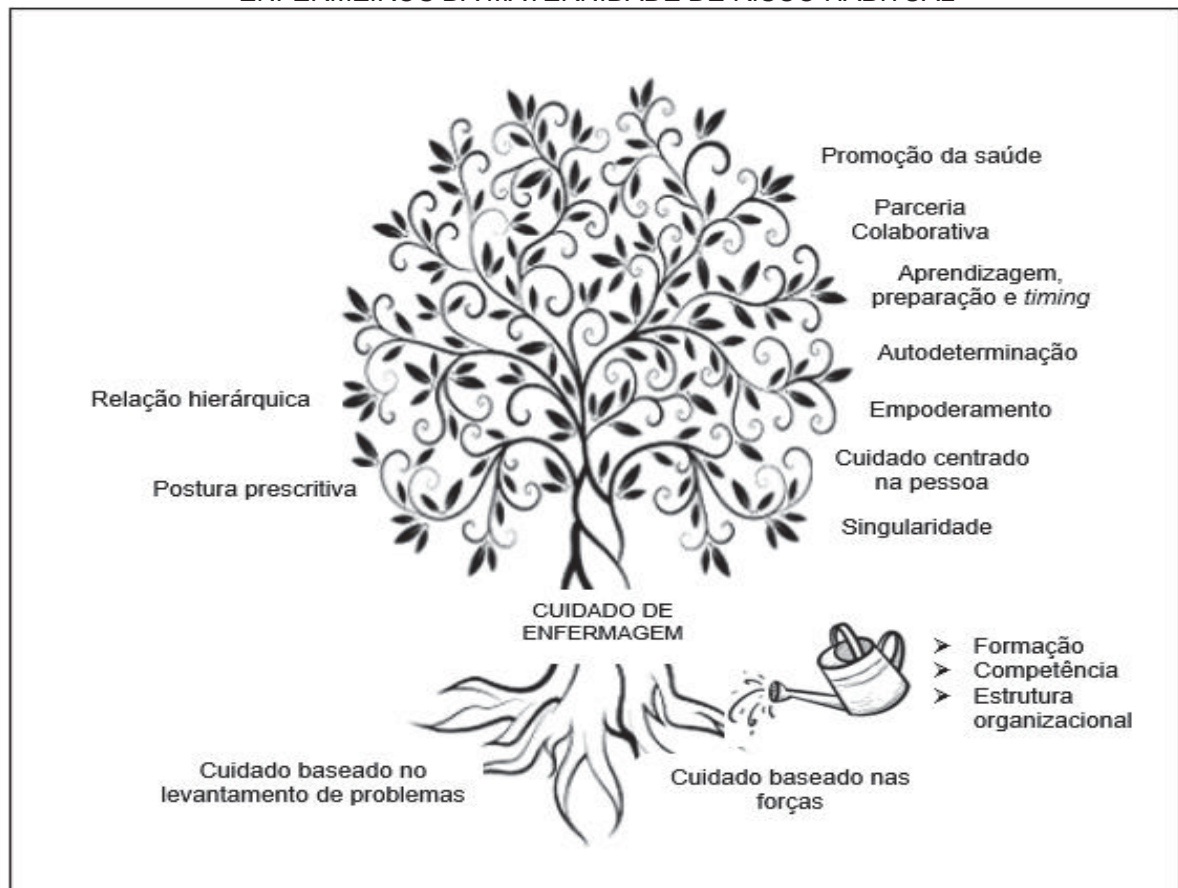
Os valores estão conectados a tudo o que a pessoa faz, tanto na sua vida pessoal como na profissional. O rol de valores de uma pessoa orienta suas decisões



e molda seu comportamento e ações. Os enfermeiros adotam muitos valores, os quais se encontram muitas vezes interligados, formando um conjunto, uma visão consistente e coerente do mundo (GOTTLIEB, 2016, p. 67).

Neste contexto, foram percebidos alguns elementos do SBC presentes na prática assistencial dos enfermeiros da maternidade, entre eles a singularidade da pessoa, o cuidado centrado na pessoa, o empoderamento, a autodeterminação, a aprendizagem, a preparação e o *timing*, a parceria colaborativa e a promoção da saúde. A FIGURA 6 apresenta a representação dos elementos identificados na prática profissional dos enfermeiros na maternidade do estudo.

FIGURA 6 - REPRESENTAÇÃO DOS ELEMENTOS IDENTIFICADOS NA PRÁTICA DOS ENFERMEIROS DA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL



FONTE: A autora (2021).

Considerar a **singularidade da pessoa** é um dos valores de referencial teórico SBC identificado na prática dos enfermeiros deste estudo. Este valor proporciona o entendimento de que não há pessoas iguais, pois, cada indivíduo tem qualidades especiais, um contexto singular, sofre influências do ambiente e passa por



experiências únicas que definem sua personalidade. E a vida das pessoas é transformada por diferentes eventos transicionais. A singularidade da pessoa é a expressão da interação entre suas características genéticas e biológicas e seus ambientes (GOTTLIEB, 2016, p. 81).

O papel do enfermeiro obstetra é atuar no incentivo à singularidade da mulher, no seu protagonismo, às boas práticas, à humanização da assistência ao parto, posicionando-se como mediador da implantação de um novo modelo de atenção obstétrica e neonatal (FABRIZZIO et al., 2019).

O cuidado efetivo à gestante exige prestar atenção às experiências em relação à saúde, às expectativas que a mulher traz no período gestacional, ao apoio de seu companheiro ou da sua família, ao seu estilo de vida, entre tantos outros fatores e elementos que devem ser “coletados” ao iniciar um acompanhamento gestacional, sendo possível, desta forma, manter a gestante no centro do cuidado. Durante o acompanhamento da gestante, a abordagem centrada nela deve possibilitar que ela expresse suas preocupações e suas angústias, garantindo a atenção resolutiva e a articulação com os outros pontos da rede para a continuidade da assistência, possibilitando a criação de vínculo com a equipe de saúde (BACKES et al., 2017; REIS; ABI RACHED, 2017).

O **cuidado centrado na pessoa**, por sua vez, não é uma ideia nova na enfermagem, pois o termo é utilizado há mais de 50 anos. Foi criado na década de 60 pelas primeiras teóricas de enfermagem Faye Abdollah e Ernestine Wiedenbach para transferir o foco da enfermagem das tarefas e das técnicas para o indivíduo e sua família (GOTTLIEB, 2016, p. 18).

O cuidar centrado na mulher diz respeito a uma assistência respeitosa, em que a mulher é capaz de ser ativa nas decisões sobre as intervenções relacionadas à sua gestação, parto e puerpério. Suas preferências, dúvidas, necessidades e valores individuais devem ser considerados e contemplados na tomada de decisão clínica, estimulando, desta forma, seu empoderamento (BRASIL, 2013; RAMOS et al., 2018).

**Empoderamento (*empowerment*)**, por sua vez, tem como premissa a crença de que cada pessoa, família e comunidade tem os recursos, as capacidades, as habilidades, as competências e o potencial para assumir a responsabilidade pela sua própria saúde, bem como para ganhar algum domínio sobre suas vidas. Os profissionais de saúde criam condições que permitem às pessoas adquirir as competências necessárias para promover o seu próprio *empowerment*, requerendo

ênfase nas forças inerentes e adquiridas, presentes nos indivíduos, famílias e comunidades (GOTTLIEB, 2016, p. 20).

Este princípio coaduna com o valor do SBC, **autodeterminação**, que proporciona à pessoa o direito de escolher e agir de acordo com seus próprios pensamentos, necessidades e sentimentos (GOTTLIEB, 2016, p. 97). A autodeterminação requer que o enfermeiro respeite o direito que a pessoa tem de exercer seu livre arbítrio e fazer suas escolhas de forma autônoma. Quando a pessoa tem o poder de tomar suas próprias decisões, tem maior probabilidade de seguir suas escolhas, de se sentir *empowered* e assim decidir sobre sua saúde e os cuidados relacionados (GOTTLIEB, 2016, p. 97). Os enfermeiros que valorizam a autodeterminação acreditam que as decisões são tomadas da melhor forma quando os indivíduos e famílias estão bem informados. Isto requer que estejam cientes da situação e tenham a oportunidade de avaliar as diferentes opções, considerando as implicações de suas decisões. O direito dos pacientes à autodeterminação começa quando os enfermeiros os reconhecem como indivíduos, ouvem suas histórias e crenças, levam em consideração sua situação e as circunstâncias que norteiam suas vidas (GOTTLIEB, 2016, p. 99).

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde vem estimulando a prática do enfermeiro na assistência qualificada à gestante como forma de potencializar a capacidade natural e inata da mulher de dar à luz. A preparação para o parto deve promover o empoderamento feminino, estimulando a escolha informada, resgatando o cuidado centrado nas necessidades da gestante, respeitando o direito a seu próprio corpo, exercendo uma prática ética fundamentada em evidências (BRASIL, 2013)

O enfermeiro é responsável por transmitir informações e elucidar conhecimentos a respeito da gravidez e do parto. Para o processo de empoderamento e autodeterminação, são necessários uma atitude de comunicação, negociação e correlação entre os enfermeiros e a gestante e o reconhecimento das suas potencialidades (JARDIM; SILVA; FONSECA, 2019). Este processo de comunicação está fortemente vinculado aos momentos de aprendizagem, também considerado um valor do SBC (**aprendizagem, preparação e *timing***), estando presente na prática profissional dos enfermeiros deste estudo.

A aprendizagem é definida como a aquisição de informação, conhecimento e habilidades por meio das experiências que conduzem a pessoa a adquirir novos conhecimentos e a desenvolver novas habilidades, capacidades e competências, para

ser capaz de se adaptar a diferentes circunstâncias e funcionar num mundo em mudança. As pessoas aprendem observando os outros, imitando suas ações e comportamentos, refletindo e pensando sobre as coisas, aprendem por meio da tentativa de erro e acerto e, da atribuição de significados às experiências (GOTTLIEB, 2016, p. 111).

Diversos são os fatores que afetam a aprendizagem, entre eles, fatores pessoais (idade, estado físico, capacidade cerebral, estilo de aprendizagem) e fatores situacionais (contexto cultural de valores, crenças, experiências educacionais anteriores, oportunidades de aprendizado, disponibilidade e acesso aos recursos) (GALHANAS, 2016; GOTTLIEB, 2016, p.112). Entretanto, há três condições essenciais que afetam a aprendizagem da pessoa: o envolvimento ativo neste processo, a preparação e o *timing* da aprendizagem (GOTTLIEB, 2016, p. 112).

Aprender requer que a pessoa seja um participante ativo, e este envolvimento requer que esteja atenta ao que está acontecendo, selecione o que é relevante, seja capaz de guardar e criar representações e tenha capacidade de regular, planejar e executar uma variedade de ações. É esta aprendizagem que permite que ela lide com seus desafios da melhor maneira possível. Por estas razões, é essencial que os enfermeiros avaliem a forma como a pessoa aprende, estruturando as atividades e o ambiente de aprendizagem de modo a capitalizar e desenvolver novas forças (GOTTLIEB, 2016, p. 112).

O sucesso da aprendizagem está relacionado aos meios adequados para apresentação e discussão de conteúdos com informações que produzam adaptações ou modificações voluntárias do comportamento. O uso de estratégias adequadas pode favorecer a assimilação do conhecimento, desenvolvimento de habilidades e incorporação de valores, de forma a permitir mudança de hábitos de saúde e favorecer a aprendizagem (DRAGANOV; FRIEDLÄNDER; SANNA, 2011). Na obstetrícia, a aprendizagem é um importante componente para a assistência oportuna e de qualidade. Este processo está presente desde o pré-natal até o puerpério. Para sua efetividade, é importante que os enfermeiros sejam capazes de construir relacionamentos de confiança com as mulheres, usando boas habilidades de comunicação, a fim de entender suas necessidades e fornecer cuidados e orientações de qualidade (BROWNE et al., 2014).

O profissional de saúde deve focar em orientações que ultrapassem os aspectos biológicos da mulher, como patologias e complicações. Deve procurar saber

sobre seus medos, anseios e temores a respeito do parto. Isso permite compreender a mulher como um ser integral, que necessita de cuidados em seus diversos apontamentos (MELO et al., 2014).

Para que estas estratégias possam contribuir com a aprendizagem da gestante, há necessidade da sua preparação. A preparação de uma pessoa para a aprendizagem é um fator crítico e essencial para a mudança, pois sem a preparação, a aprendizagem e a mudança têm dificuldade de acontecer. Os enfermeiros precisam considerar o estado de preparação dos indivíduos e a forma como se preparam para a mudança. Precisam procurar os sinais de preparação e intervir para ajudá-los a estar aptos para a mudança (GOTTLIEB, 2016 p. 113).

A aprendizagem também é afetada pelo *timing*, que requer uma compreensão do que será mudado e de quando a mudança tem maior probabilidade de ocorrer. Os indivíduos estão mais receptivos à mudança quando mostram abertura para aprender durante os períodos de transição, nos eventos críticos da vida e nas experiências estressantes. Cada nova experiência é uma oportunidade de aprendizagem acerca de si próprio, das relações e de como o mundo funciona (GOTTLIEB, 2016, p. 114).

É nestas situações que as pessoas precisam desocultar suas forças já existentes, descobrir e desenvolver outras novas, tais como competências e capacidades para conseguir lidar com os desafios e os momentos de transição. Isto requer que os enfermeiros criem ambientes que ajudem os indivíduos a se tornar ativamente envolvidos na sua própria aprendizagem (GOTTLIEB, 2016, p. 114).

Estudos apresentaram práticas assistenciais que favorecem o exercício da autonomia/autodeterminação feminina, relacionadas às ações educativas. Estas ações possibilitam o desenvolvimento das potencialidades humanas, permitindo que as mulheres se percebam como sujeitos centrais de sua gravidez e parto, tornando-se ativas nas decisões relacionadas à sua assistência. A informação adquirida pelas mulheres não é utilizada apenas para sustentar suas escolhas, mas para que elas vivenciem o nascimento de seu filho conforme imaginaram (SANFELICE; SHIMO, 2015; REIS, et al., 2017).

Entretanto, há estudos que evidenciam que as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para o incentivo ao empoderamento são caracterizadas como práticas isoladas e não ofereceram conhecimento suficiente para o preparo do exercício da autonomia/empoderamento feminino. São fornecidas orientações que fazem alusão a muitos aspectos da gravidez, como amamentação, tipos de parto, exames de rotina e

outros, porém não se evidencia com clareza que as gestantes se utilizaram das informações disponíveis para alcançar o empoderamento no parto. As estratégias são, por vezes, fragmentadas e isoladas, refletindo ausência de um diálogo entre a gestante e o profissional (QUENTAL et al., 2017; JARDIM; SILVA; FONSECA, 2019).

O enfermeiro tem a responsabilidade de cuidar de gestantes, parturientes e puérperas e deve ser perspicaz às oportunidades diversas de aprendizagem, considerando a preparação necessária para estes momentos, bem como o *timing* necessário para que o aprendizado seja absorvido e gere mudança de comportamento, devendo alterar a estratégia de orientação sempre que necessário.

A gestação, o parto e o puerpério estão amplamente envolvidos em um processo contínuo de aprendizado e de cuidado. Para que o aprendizado possa acontecer, é preciso respeitar a individualidade da mulher e não lhe impor julgamentos, manter o cuidado centrado nela, proporcionar aprendizagem respeitando seu tempo de entendimento, sendo, desta maneira, possível estabelecer uma relação de **parceria colaborativa**.

A aplicação da parceria colaborativa, outro valor do SBC, indica que na prática assistencial dos enfermeiros da maternidade, há uma divisão de responsabilidades entre estes profissionais, as mulheres e seus familiares, proporcionando e incentivando sua autonomia, coadunando com os preceitos teóricos e legais desta linha de cuidado. A relação de parceria colaborativa significa uma relação diferente entre a pessoa e o enfermeiro e redefine os limites entre eles. A pessoa passa de um receptor passivo de cuidados para um parceiro no seu próprio cuidado. A abordagem da parceria colaborativa do cuidado requer, entre outras coisas, vontade por parte do enfermeiro de partilhar o poder com a pessoa e de trabalhar em conjunto nos objetivos mutuamente acordados (GOTTLIEB, 2016, p. 121).

Isto não diz respeito à transferência de responsabilidades, mas sim que o enfermeiro ouça a pessoa, reconheça a sua experiência e juntos, elaborem um plano de cuidados, que é feito na medida dos objetivos, necessidades, preferências e estilo de vida e das circunstâncias da pessoa e da sua família. Esta relação encoraja os indivíduos a se envolver mais e a assumir mais responsabilidades pelos seus cuidados (GOTTLIEB, 2016, p. 24).

A parceria colaborativa contribui para o movimento de **promoção da saúde**, assim, quando se propõe fazer educação em saúde, o usuário do serviço a ser atingido deve ser colocado em primeiro lugar, bem como seus anseios, seus medos,

suas necessidades e sua realidade. Deve-se saber olhar com atenção os interesses pessoais de cada um e tentar trabalhar de forma geral suas particularidades por meio de um profissional qualificado para que toda e qualquer orientação seja efetiva no processo de educação em saúde, possibilitando a construção da autonomia, contribuindo para seu empoderamento (TURCI et al., 2019; SOUZA; BASSLER; TAVEIRA, 2019).

A promoção da saúde, a prevenção de doenças e o autocuidado têm como premissa a crença de que as pessoas podem mudar seus comportamentos de saúde e que têm o poder de mudança, requerem que as pessoas façam para si próprias as melhores escolhas relacionadas ao seu estilo de vida, exigindo igualmente uma mentalidade diferente por parte dos indivíduos, famílias, comunidade e governo (GOTTLIEB, 2016, p. 22).

Exige-se uma mudança de atitude por parte da pessoa e do profissional de saúde. A pessoa precisa querer assumir uma maior responsabilidade pela sua saúde e fazer melhores escolhas relacionadas ao seu estilo de vida. Instiga, igualmente, enfermeiros e profissionais de saúde a fazer da promoção da saúde uma parte integrante da sua prática profissional (GOTTLIEB, 2016, p. 22).

Este estudo mostrou que muitos enfermeiros utilizam empiricamente vários dos elementos do SBC e que esta utilização se tornou mais consciente na medida em que as discussões avançaram. Estes elementos do SBC - a singularidade da pessoa, o cuidado centrado na pessoa, o empoderamento, a autodeterminação, a aprendizagem, a preparação e o *timing*, a parceria colaborativa e a promoção da saúde - estão em harmonia com o conceito de continuidade do cuidado, possibilitando uma janela de oportunidade para a discussão aprofundada e sua aplicação na prática assistencial destes profissionais. Destacam-se algumas características individuais destes enfermeiros, entre elas: aproximação natural com o arcabouço teórico e legal e com as boas práticas da linha de cuidado obstétrica, uma abertura de espírito para a reconstrução do modelo assistencial e o uso da empatia e da sua competência em prol do protagonismo da mulher.

O questionário respondido pelos enfermeiros após o período de sensibilização possibilitou uma reflexão sobre a possibilidade da aplicação do SBC na prática destes profissionais, destacando-se os seguintes fatores: o conhecimento como motivador para mudanças do modelo de cuidado e o cenário e o contexto como influenciadores para a aplicação do SBC na prática profissional.

Para que o conhecimento seja motivador para mudanças do modelo de cuidado, a formação destes profissionais também deve sofrer alterações. Aqueles que contribuem para a formação dos enfermeiros devem orientar o ensino para uma prática que trabalhe deliberadamente os espaços sociais para além dos diagnósticos e tratamentos médicos mecanizados, considerando as experiências dos indivíduos na sua vida particular, familiar e comunitária. Devem ajudar os estudantes a aprender a usar o conhecimento de forma eficaz na sua prática e integrar as três aprendizagens: o conhecimento de base, o saber-fazer competente e o raciocínio clínico e o comportamento ético em todos os cenários de ensino e aprendizagem (BENNER, 2012; GOTTLIEB, 2016, p. 194).

Ser enfermeiro requer ser capaz de se relacionar de forma significativa com a pessoa que procura ajuda. Tornar-se profissional requer deter e aplicar competências de envolvimento social diferentes daquelas que o enfermeiro utiliza na sua relação pessoal e nas interações casuais. Um dos focos do ensino de enfermagem é o (re)treino dos sentidos que permita que os enfermeiros desenvolvam o enquadramento clínico de uma situação, alcancem o juízo clínico que permita a tomada de decisão e assumam as intervenções apropriadas. Para isto, é necessário que tenham a capacidade de se relacionar e desenvolver relações terapêuticas com os indivíduos cuidados, suas famílias e comunidades (GOTTLIEB, 2016, p. 194).

Os três aspectos – conhecimento, competência e pensamento – compreendem as novas aprendizagens, iniciando na formação do enfermeiro e continuando ao longo de sua carreira. Tornar-se enfermeiro envolve uma nova forma de ser, adotar uma posição sobre como cuidar e estar com a outra pessoa para promover a saúde, facilitar a recuperação e criar condições para a cura, incluindo ser “formado” por um conjunto de experiências e transações significativas (BENNER et al., 2012; GOTTLIEB, 2016).

A aprendizagem e a aquisição de competências acontecem ao longo do tempo, quando o enfermeiro lida com novas situações, aprende como lidar com diferentes preocupações do indivíduo e família e adquire novo conhecimento dentro de um quadro moral e ético. À experiência na prática que o profissional aprende e desenvolve suas competências dá-se o nome de aprendizagem experiencial, por meio da qual acontece o desenvolvimento dos níveis de competências. O enfermeiro, ao alcançar as metas dos níveis iniciais, avança e amplia sua compreensão acerca das situações, dos princípios abstratos e, conseqüentemente, aprofunda sua relação e seu



envolvimento com o contexto de cuidado em que está inserida (BENNER, 1982; GALLANI; DALLAIRE, 2014; CAMARGO, 2018). Durante o processo de se tornar enfermeiro, o indivíduo deverá aprender novos papéis, assumir novas responsabilidades e rever sua própria identidade. Ser profissional significa tornar-se um eterno aprendiz (GOTTLIEB, 2016, p. 196).

É preciso investir na formação desses profissionais, bem como dos gestores para práticas integrais em saúde, acolhedoras e humanizadas, que considerem o usuário enquanto protagonista do seu cuidado, capaz de colocar suas demandas e de contribuir para a efetivação do cuidado a partir de sua atuação copartícipe, indo a favor da ruptura com o modelo biomédico vigente, que verticaliza e mantém alguns obstáculos para o cuidado (HADAD; JORGE, 2018).

Para a aplicação do SBC na prática profissional, é adequado que esta teoria seja apresentada ainda na formação dos enfermeiros, da mesma forma como há necessidade do desenvolvimento contínuo da competência relacional e de um cenário propício para este referencial. É preciso constituir um ambiente promotor de segurança, favorável à privacidade e que possibilite a continuidade do cuidado. Organização da ambiência, disponibilização de recursos materiais e humanos, determinação do arcabouço teórico e legal dos processos de trabalho são alguns dos itens que devem ser considerados na estrutura organizacional das instituições e que influenciam significativamente na experiência da mulher no processo de parturição.

Em relação à ambiência, há de se considerar neste contexto o aspecto físico do ambiente, um local acolhedor, tranquilo, que promova privacidade, com temperatura e iluminação adequadas para promover o relaxamento, o conforto físico e emocional. Entretanto, o inverso desta situação está associado a um ambiente desfavorável para a evolução do processo de parto e parto (FERREIRA et al., 2019; PILER et al., 2019;).

A estrutura organizacional vai além da organização e otimização das condições de estrutura física das instituições de saúde, deve-se considerar fundamentalmente a organização dos recursos humanos como importante fator contribuinte para a organização. O dimensionamento, a qualificação profissional e a sobrecarga de trabalho nas instituições interferem na experiência da mulher em seu processo de parturição. Essas barreiras são agravadas por rotinas hospitalares inadequadas que pressionam para um atendimento mais rápido, afetando a percepção das mulheres sobre a necessidade do alívio da dor e suas escolhas quanto



às tecnologias/tratamentos (BIONDI et al., 2019; FERREIRA et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2020).

Em relação à preparação do ambiente para receber a mulher, o SBC considera que a pessoa e o ambiente estão integrados. Os ambientes e experiências podem ser promotores de saúde e suportar a cura, ou podem ser tóxicos e deteriorantes para a saúde. Os enfermeiros são parte integrante do ambiente da pessoa, eles podem buscar as forças (competências, capacidades e recursos) da pessoa e incentivá-las, em vez de focarem apenas nos problemas e fraquezas. A influência dos enfermeiros pode ser positiva ou negativa, dependendo de como eles interagem e cuidam dos indivíduos e de suas famílias (GOTTLIEB, 2016, p. 110; DODOU; RODRIGUES; ORIÁ, 2017; AMORIM et al., 2019; GOMES et al., 2019).

O paradigma humanista, centrado na mulher, fundamentado na prática baseada em evidências e no respeito aos direitos das usuárias, constitui o modelo de atenção que tem sido preconizado em substituição ao paradigma hegemônico, focado nas intervenções técnicas e no uso abusivo de tecnologias. A proposição e a concretização de mudanças rumo a esse atendimento com foco nos preceitos da humanização já podem ser vistas em experiências institucionais, nas quais se encontram as ações decisivas de profissionais identificados com o ideário do movimento. Esse modelo de atenção tem se multiplicado e vem avançando continuamente no país (VIEIRA et al., 2016; BEZERRA; NUNES; JESUS, 2017; ANTUNES RAMOS et al., 2018; ANDRADE et al., 2019; PEREIRA, 2019).

A presença dos elementos do SBC na prática profissional dos enfermeiros, bem como a influência dos ambientes, foi percebida pelas mulheres que receberam cuidado na maternidade. As mulheres relataram um sentimento de empoderamento, o que contribuiu com a melhora da sua performance para o autocuidado, a capacidade de exercer controle sobre sua própria vida, de confrontar a situação e de construir um futuro mais desejável, com potencialidades para além do processo de parturição, tendo, inclusive, influência no cuidado de seus filhos, de sua família e no seu retorno para a sociedade.

### 6.3 A PERCEPÇÃO DAS MULHERES HOSPITALIZADAS NA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM RECEBIDOS, TENDO COMO RESPALDO O REFERENCIAL TEÓRICO *STRENGTHS-BASED CARE*.

Os elementos do referencial teórico SBC foram percebidos pelas mulheres hospitalizadas na maternidade. O cuidado de enfermagem foi considerado diferenciado, proporcionando segurança para as mulheres e seus familiares, resultando em promoção da saúde e do autocuidado. O Centro Obstétrico foi considerado o ponto assistencial em que esta percepção positiva do cuidado foi mais relatada pelas mulheres.

Após a análise dos segmentos das falas destas mulheres, foi possível correlacionar com os elementos do SBC, sendo eles: o movimento de *empowerment*; autodeterminação; consideração da singularidade da mulher; pessoa e ambiente integrados; aprendizagem; preparação; e *timing* e parceria colaborativa (GOTTLIEB, 2016). Os profissionais compartilharam as decisões relacionadas à assistência, dividindo e esclarecendo as responsabilidades relacionadas ao cuidado.

Estes achados coadunam com estudos que apontam a satisfação das puérperas assistidas por enfermeiros obstetras nas etapas do processo de parto, tendo as parturientes destacado que a qualidade dos cuidados prestados esteve acima de suas expectativas (SILVA et al., 2017; BRITO; OLIVEIRA; COSTA, 2020). As gestantes atendidas em um modelo de assistência obstétrica contínua liderado por obstetras tiveram menor probabilidade de sofrer intervenções e uma maior probabilidade de se sentirem satisfeitas com os cuidados recebidos (SANDALL et al., 2016). A presença de um enfermeiro capacitado e experiente na assistência à parturiente confere segurança e confiança às mulheres, fato que contribui para o enfrentamento do trabalho de parto com tranquilidade, paciência e conforto (PILER et al., 2019). Preconiza-se na assistência ao parto que as tarefas dos profissionais sejam planejadas exclusivamente com a participação da própria mulher a ser assistida, sendo essencial o domínio do saber científico, de habilidades, da intuição, do pensamento crítico e da criatividade, sendo indispensável o diálogo (RIBEIRO et al., 2015).

Os profissionais de enfermagem exercem papel importante no cuidado à parturiente, devendo prestar orientações, elucidar dúvidas, acolher e auxiliar a

paciente durante os trabalhos de pré-parto e parto, bem como no puerpério. Neste processo, é construído um vínculo de confiança entre a mulher e o profissional, passando ambos a compartilhar os sentimentos, planejamentos e as decisões dos cuidados prestados (RIBEIRO et al., 2015; GOTTLIEB, 2016; RIBEIRO et al., 2018).

A possibilidade de uma assistência pautada na escuta ativa, na identificação das necessidades de cada mulher, em um ambiente acolhedor com a presença de acompanhante da sua escolha, desenvolve e fortalece o vínculo estabelecido entre os enfermeiros e as mulheres que estão neste processo de parturição, contribuindo para uma experiência exitosa, em que são evidenciados a segurança da mulher e seu empoderamento (CARDOSO et al., 2020).

Estratégias e modelos que ampliam a assistência à saúde para além da visão tecnicista e biomédica enfatizam a humanização e valorizam a decisão das pessoas, estando em evidência nos últimos anos (ESMERALDO, 2017; FLORES; PEREIRA; SILVA, 2019). O SBC não nega ou ignora os problemas apresentados pela pessoa, ou desconsidera suas fragilidades, mas busca usar as forças para equilibrar e superar as dificuldades de saúde vivenciadas pelo indivíduo e sua família (GOTTLIEB, 2016).

Assumir uma maior responsabilidade em relação à sua própria saúde está relacionado ao princípio e ao valor do SBC, parceria colaborativa. Este conceito identifica a pessoa como ativa e corresponsável pelo seu cuidado. O papel do enfermeiro é encorajar as pessoas a participar da tomada de decisão e a desenvolver a autonomia e a autoeficácia, utilizando suas forças e seus recursos, sendo o papel da pessoa, por sua vez, tornar-se ativa. A relação entre profissional e paciente é equilibrada, recíproca e mútua. As metas são estabelecidas em conjunto e quando os resultados esperados não são atingidos, há replanejamento das metas (GOTTLIEB, 2016).

O cuidado percebido pelas mulheres proporcionou um sentimento de centralidade e de empoderamento, que permitiu ter êxito nesta experiência, inclusive com uma performance mais eficaz no processo de parturição, nos cuidados relacionados ao período pós-parto, na amamentação, no seu autocuidado e na promoção de sua saúde para o retorno à sua rotina.

## 7 SOBRE PRESSUPOSTOS INICIAIS E A TESE DEFENDIDA

As proposições teóricas foram fundamentais para o desenvolvimento e análise deste estudo. Os resultados alcançados possibilitaram as seguintes reflexões:

- a) Enfermeiros de uma maternidade de risco habitual necessitam de um referencial teórico para exercer sua prática, para tanto, são necessários alguns critérios como: afinidade com o referencial teórico; disponibilidade para estudo e aprimoramento contínuo; abertura de espírito para a reconstrução da prática assistencial; ambiente oportuno; e condições gerenciais para a aplicação deste referencial. As políticas públicas relacionadas à saúde da mulher fundamentam a prática assistencial dos enfermeiros da maternidade, e o referencial teórico proposto coaduna com este arcabouço legal, potencializando o modelo de cuidado humanístico.
- b) As práticas de enfermagem na linha de cuidado obstétrica devem ser executadas na perspectiva da continuidade do cuidado, não como atividades isoladas nos diferentes pontos da rede assistencial. Este pressuposto não foi identificado de maneira unânime nos diferentes pontos assistenciais e pelos diferentes enfermeiros. O cuidado de enfermagem na maternidade se mostrou por vezes isolado e baseado nos problemas. O foco do cuidado foi encontrado nos sinais e sintomas apresentados pela mulher, sendo as atividades voltadas para a resolução destas condições. Entretanto, os elementos intrínsecos relacionados à abordagem filosófica SBC foram percebidos em todos os pontos assistenciais, merecendo destaque o Centro Obstétrico. Estes elementos, quando fortalecidos e somados ao arcabouço legal e teórico que rege esta linha de cuidado, possibilitam o cuidado de enfermagem voltado para a mulher, potencializando suas forças, colaborando com este processo de transição e contribuindo para a continuidade do cuidado.
- c) *Strengths-Based Care* pode ser um suporte teórico viável para os enfermeiros exercerem suas práticas em maternidade de risco habitual. Percebeu-se que o SBC pode ser o suporte teórico dos enfermeiros, necessitando, entretanto, de engajamento destes profissionais para se tornar efetivo nesta prática assistencial. Foram encontrados elementos deste suporte teórico de maneira empírica no cuidado de enfermagem,

tendo o desenvolvimento deste estudo estimulado nos enfermeiros reflexões e mudanças na sua prática assistencial. Entretanto o modelo tecnicista, o contexto político e a resistência a mudanças de alguns profissionais são alguns desafios que precisam ser vencidos para esta aplicação. A institucionalização de um modelo de cuidado é necessária, para tanto, a gestão institucional necessita de estabelecer critérios e processos de trabalho que otimizem a aplicação deste referencial e oportunizem uma estrutura organizacional que propicie a aplicação contínua deste referencial.

- d) As mulheres atendidas na maternidade de risco habitual têm a percepção de que o cuidado de enfermagem é diferenciado e encaram o mesmo de forma positiva. Porém, os diferentes pontos assistenciais tiveram influência na sua percepção, levando-as a diferenciar um local do outro, reforçando a necessidade de integração deste referencial teórico, ao nível da prática assistencial, em toda a maternidade.

Tendo como referência os resultados obtidos com este estudo, percebe-se que o modelo de atenção obstétrica, no cenário do estudo, pode estar em transição. O modelo tecnocrático está presente na prática assistencial, mas os enfermeiros têm elementos do referencial teórico SBC, que coadunam com os preceitos técnicos e científicos da obstetrícia, das políticas públicas, da humanização do parto e da continuidade do cuidado, fortalecendo a mulher e sua família como protagonistas. Por consequência, são ratificados os pressupostos estabelecidos e confirma-se a tese deste estudo, pois a abordagem filosófica “*Strenghts-Based Care*” pode fundamentar a prática assistencial dos enfermeiros, numa perspectiva de continuidade do cuidado, em maternidade de risco habitual, tendo esta fundamentação reflexo na percepção das mulheres sobre o cuidado de enfermagem prestado.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, buscou-se identificar os elementos do referencial teórico *Strengths-Based Care* na prática assistencial dos enfermeiros de uma maternidade de risco habitual da capital paranaense. Esta realidade tem um arcabouço teórico e legal que se coaduna com os princípios e os valores do SBC, tendo os enfermeiros desta instituição desenvolvido seu trabalho com base nos fundamentos da humanização do parto e buscado uma mudança do modelo assistencial.

Em relação ao perfil das mulheres atendidas na maternidade, fatores como alto índice de escolaridade e adesão adequado ao pré-natal predisõem à utilização do referencial teórico SBC, pois são potencialidades e recursos que, quando utilizados pelos enfermeiros, podem contribuir para este processo de transição da mulher e de sua família.

A estratificação adequada de risco assistencial faz referência ao cuidado com base nos problemas, efetivo para este momento, pois direciona a continuidade do cuidado da mulher para a instituição com aporte tecnológico adequado para o risco estabelecido, evitando ações e procedimentos desnecessários, possibilitando assistência em tempo oportuno e sem oneração desnecessária ao sistema de saúde. Em relação à taxa relevante de gestantes adolescentes, ações multicêntricas entre as maternidades, unidades de saúde e as escolas podem ser estabelecidas para reduzir estes índices.

Há muita ação dos enfermeiros em todos os pontos assistenciais da instituição, o que proporciona uma janela de oportunidades e um cenário propício para a aplicação de um referencial teórico que potencialize as boas práticas em obstetrícia, resgatando a mulher e seu familiar como protagonistas neste momento de transição.

A ação dos enfermeiros sofre influência conforme o ponto assistencial, o momento do processo de parturição vivenciado pela mulher, sua formação acadêmica e continuada, sua capacidade de aderir a novas propostas, a possibilidade de desocultar suas próprias forças e os valores que fundamentam sua atuação profissional.

Muitos profissionais, participantes do estudo, identificaram que já utilizavam elementos do SBC e que este estudo possibilitou um cuidado profissional único, resgatando a identidade da sua prática profissional, tendo este cuidado diferenciado sido percebido pelas mulheres atendidas na maternidade.

O SBC é uma abordagem filosófica que propõe um resgate à prática profissional do enfermeiro. Esta abordagem vem ao encontro dos valores utilizados pelos enfermeiros obstétricos no cuidado às gestantes e puérperas. Entretanto a mudança da prática assistencial necessita de um tripé, composto por aptidão do enfermeiro em desenvolver o seu trabalho tendo como base a SBC, o estudo profundo da abordagem filosófica associado a uma reflexão diária das suas ações e a institucionalização deste processo com uma estrutura organizacional que propicie condições necessárias para o desenvolvimento desta abordagem filosófica.

Este trabalho trouxe contribuições relacionadas à prática, ao ensino e à pesquisa. Os elementos do SBC foram identificados na prática profissional dos enfermeiros em sua maioria, mesmo com os desafios rotineiros e específicos vivenciados no momento. Entretanto, alguns profissionais mantêm o modelo de cuidado com base nos problemas, o que limita a aplicação de outro modelo.

As mulheres se beneficiaram com um modelo de cuidado cuja aplicação pode ajudá-las a compreender o seu papel ativo na sua saúde, auxiliar a fazer seus enfrentamentos e a participar do seu processo de gestação e parturição. O processo de comunicação efetiva pode ser observado e confirmado por estas participantes, pois elas relataram sistematicamente que foram orientadas e que alteraram seu comportamento a partir dessas orientações.

Os enfermeiros desocultaram as suas próprias forças, puderam se apropriar e fortalecer este modelo com base no SBC, conquistando autonomia, valorização do seu cuidado como algo único e diferenciado do modelo biomédico. O conceito de continuidade do cuidado poderá ser resgatado e otimizado na prática profissional, intensificando a continuidade informacional, gerencial e relacional, indo ao encontro da proposta da Organização Mundial de Saúde, *Integrated People-Centred Health Services* (IPCHS, 2016<sup>10</sup>), que tem como objetivo tornar os cuidados de saúde verdadeiramente universais, transformando os serviços de saúde projetados em torno de doenças para serviços de saúde destinados às pessoas, com as pessoas.

---

<sup>10</sup> Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Em relação ao ensino, desenvolver *Strengths-Based Care* como suporte teórico é algo inovador para a enfermagem brasileira. Este estudo possibilitou o conhecimento deste referencial, sua aplicação na linha de cuidado obstétrica, motivação para sua aplicação em outras realidades bem como estimulou a formação acadêmica e continuada dos enfermeiros, fundamentada em um referencial teórico factível com a prática profissional, mesmo com inúmeros desafios em relação a mudanças nos contextos de cuidado. Aplicar um referencial teórico na prática de enfermagem pode deixar de ser uma utopia e realmente servir como um guia para a assistência, demonstrando a especificidade e a cientificidade que o cuidado de enfermagem exige, de modo a ser plenamente reconhecido pela sociedade como único e diferenciado.

Em relação à pesquisa, este estudo aponta diversas lacunas presentes na prática assistencial que poderão ser preenchidas com a aplicação deste referencial teórico e com o desenvolvimento de outras pesquisas, entre elas: a possibilidade da aplicação deste referencial teórico de maneira sistematizada e institucionalizada compartilhado em toda a rede de atenção a saúde da mulher; o desenvolvimento de um sistema de classificação e linguagem específica; o estudo dos valores do SBC e seus princípios de maneira sistematizada junto aos acadêmicos de enfermagem; o desenvolvimento de outros estudos com mulheres vulneráveis como as que experienciaram a interrupção não intencional da gestação e as que têm risco gestacional elevado e que necessitam de maior aporte tecnológico em saúde; a aplicação do SBC no puerpério tardio; e outras realidades relacionadas à prática profissional dos enfermeiros.

Para a linha de pesquisa “Gerenciamento de ações e serviços de saúde e enfermagem”, este estudo apontou o SBC como um referencial possível para a gestão do cuidado, estimulando nos gestores e nos enfermeiros administrativos, a importância de identificar e estimular o potencial nas suas equipes, bem como, possibilitou a necessidade de estabelecer condições relacionadas à estrutura organizacional para a efetivação da aplicação deste referencial teórico para a prática assistencial.

Quanto às fragilidades relacionadas ao desenvolvimento do estudo, destacam-se: a aplicação do referencial por um período determinado em uma única maternidade; a entrevista realizada apenas com mulheres de risco gestacional habitual, os homens, parceiros das mulheres hospitalizadas, não foram incluídos como participantes da pesquisa; e a instabilidade política e a demissão de



funcionários<sup>11</sup> no final da coleta de dados, esta situação comprometeu, de certa forma, a percepção dos participantes da pesquisa em relação à possibilidade da aplicação do referencial teórico na prática assistencial.

Contudo, para a maioria dos enfermeiros participante do estudo, este referencial teórico é factível para a maternidade de risco habitual. Há necessidade de este referencial ser estudado sistematicamente e ampliado para a equipe multiprofissional em uma perspectiva de interdisciplinaridade e integralidade, para que seja possível prestar um cuidado além do tecnicismo, acolhendo essa mulher e sua família de forma individualizada, por meio de uma escuta aberta, sem preconceitos, de modo a potencializar sua autonomia em seu processo de parturição.

O desenvolvimento deste estudo trouxe uma satisfação pessoal, pois possibilitou a reflexão sobre o meu modelo de cuidado, formatado academicamente para identificar os problemas e estabelecer os cuidados. Esta reflexão possibilitou ampliar o meu cuidado profissional, sendo possível perceber os indivíduos, no caso específico, as mulheres, para além dos seus processos corporais, bem como desmistificou esta linha de cuidado obstétrica, até então desconhecida em profundidade e, de certa forma, até evitada.

O estudo deste referencial me oportunizou um novo modelo de cuidar, desvelou minhas próprias forças - forças de mentalidade (abertura de espírito e atitude de não julgar), forças de conhecimento (curiosidade e autorreflexão), forças de relação (respeito, confiança e empatia) e forças de defesa (coragem e autoeficácia) - e me levou a aplicá-lo na minha vida profissional e pessoal, elevou os ideais da minha profissão e me proporcionou autonomia e valorização da minha prática profissional.

---

<sup>11</sup> O Tribunal de Justiça do Trabalho do Estado do Paraná determinou em 2019, que o Complexo Hospital de Clínicas exonerasse 916 funcionários contratados pela Fundação da Universidade Federal do Paraná (Funpar) (UFPR, 2019).

## REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M.; CÂMARA, C. E.; WEBER, L. A. F.; FONTENELE, R. M. Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 12, p. 3190-3196, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018>. Acesso em: 07 mar. 2021.
- AGUILERA, S. L. V. U. et al. Intermunicipal inequities in access and use of secondary health services in the metropolitan area of Curitiba. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 654-667, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400030007>. Acesso em: 07 mar. 2021.
- ALVES, M. A. **Por uma gestão pública democrática: 25 anos do Centro de Estudos em Administração Pública e Governo**. São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania - PGPC, 2017.
- ALVES, V. H. et al. A tecnicização e a prática do cuidado ao parto: uma abordagem fenomenológica a partir de Husserl. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 3, p. e1750015, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001750015>. Acesso em: 07 mar. 2021.
- ALVES, T. T. M. et al. Atuação da enfermeira obstetra no desenrolar do trabalho de parto e parto. **Rev. enferm. atenção saúde**, Uberaba, v. 7, n. 1, p. 41-50, 2018. Disponível em: [doi.org/10.18554/reas.v7i1.2282](https://doi.org/10.18554/reas.v7i1.2282). Acesso em: 07 mar. 2021.
- AMARAL, R. C. A. A enfermagem obstétrica e sua interface com o modelo obstétrico brasileiro. **RE Aid [Internet]**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 25, p. 1-8, 2019. Disponível em: [doi.org/10.31011/reaid-2019-v.87-n.25-art.224](https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.87-n.25-art.224). Acesso em: 07 mar. 2021.
- AMORIM, T. et al. Percepção de enfermeiras obstetras sobre o modelo e prática assistencial em uma maternidade filantrópica. **Rev. Enferm. UFSM - REUFSM**, Santa Maria, v. 9, n. 30, p. 1-19, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769234868>. Acesso em: 03 mar. 2021.
- AMORIM, F. C. M. et al. Perfil de gestantes com pré-eclâmpsia. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 4, p. 1574-1583, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/15225/17988>. Acesso em: 17 jun. 2019.
- ANDRADE, I. S. et al. Efeitos de tecnologia no conhecimento, atitude e prática de gestantes para o parto. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 20, n. e41341, p. 1-7, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20192041341>. Acesso em: 03 mar. 2021.
- ANDRADE, P. O. N. et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 16, n. 1, p. 29-37, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>. Acesso em: 03 mar. 2021.

ANDRADE, S. G. et al. Perfil sociodemográfico, epidemiológico e obstétrico de parturientes em um hospital e maternidade de Sobral, Ceará. **Rev Pre Infec e Saúde [Internet]**, v. 4, n. 7283, p. 1-13, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26694/repis.v4i0.7283>. Acesso em: 03 mar. 2021.

ARAÚJO, A. J. S. et al. Situações de vulnerabilidade programática vivenciadas por gestantes no pré-natal. **Rev. enferm. atenção saúde**, Uberaba, v. 6, n. 2, p. 93-104, 2017. Disponível em: <http://doi.org/10.18554/reas.v6i2.2092>. Acesso em: 03 mar. 2021.

AUED, G. K. et al. Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, n. e3162, p. 1-8, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>. Acesso em: 11 set. 2019.

AUGUSTO, C. A. et al. Pesquisa Qualitativa: Rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Piracicaba, v. 51, n. 4, p. 745–764, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-20032013000400007>. Acesso em: 03 mar. 2021.

BACELLAR, A.; ROCHA, J. S. X.; FLOR, M. S. Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível. **Rev. NUFEN**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 127-140, 2012. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912012000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912012000100011&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 06 mar. 2021.

BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: Da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223–230, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100024>. Acesso em: 03 mar. 2021.

BELLAGUARDA, M. L. R. et al. Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 369-374, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200023>. Acesso em: 03 mar. 2021.

BENNER, P. Educating Nurses: A Call for Radical Transformation-How Far Have We Come? **J Nurs Educ**, New York, v. 51, n. 4, p. 183-184. Disponível em: [doi.org/10.3928/01484834-20120402-01](https://doi.org/10.3928/01484834-20120402-01). Acesso em: 03 mar. 2021.

BEZERRA, M. L. R.; NUNES, S. F. L.; JESUS, C. A. C. Diagnósticos de enfermagem com foco no problema para indivíduos acometidos pela hanseníase. **READ [Internet]**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 26, p. 1–7, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/read-2019-v.88-n.26-art.381>. Acesso em: 03 mar. 2021.

BIONDI, H. S. et al. Sofrimento moral na assistência ao nascimento: situações presentes no trabalho de enfermeiros de centros obstétricos e maternidades. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 28, n. e20180052, p. 1–17, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0052>. Acesso em: 03 mar. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. E-book. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. E-book. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_pre\\_natal\\_baixo\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf). Acesso em: 03 mar. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. E-book. Disponível em: [https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizasus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf). Acesso em: 03 mar. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. E-book. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf). Acesso em: 03 mar. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. E-book. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf). Acesso em: 03 mar. 2021.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 15, de 8 de março de 2017**. Institui a Política Judiciária Nacional de enfrentamento à violência contra as Mulheres no Poder Judiciário e dá outras providências. Brasília, DF, Diário Oficial da União, n. 47, 09 mar. 2017. Seção 1, p. 31.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009**. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF, Diário Oficial da União, n. 85, 13 fev. 2009. Seção 1, p. 68.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF, Diário Oficial da União, n. 1, 25 set. 2011b. Seção 1, p. 130.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 163, de 22 de setembro de 1998**. Dispõe sobre as atribuições do Enfermeiro obstetra e da obstetriz. Brasília, DF, Diário Oficial da União, n. 183, 24 set. 1998. Seção 1, p. 1.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília, DF, Diário Oficial da União, n. 2, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 88.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Diário Oficial da União, n. 110-E, 08 jun. 2000. Seção 1, p. 4-6.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 985, 05 de agosto de 1999**. Dispõe sobre a criação do Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. Brasília, DF, Diário Oficial da União, n. 150 -E, 06 ago. 1999. Seção 1, p. 51.

BRITO, C. M. C.; OLIVEIRA, A. C. G. A.; COSTA, A. P. C. A. Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro. **Cad. Ibero Am. Direito Sanit. (Impr.)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 120-140, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i1.604>. Acesso em: 03 mar. 2021.

BROWNE, J. et al. “Continuity of care” experiences in midwifery education: Perspectives from diverse stakeholders. **Nurse Education in Practice**, v. 14, n. 5, p. 573–578, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.01.014>. Acesso em: 03 mar. 2021.

BUSANELLO, J. et al. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm. [online]**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 807–814, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000400023>. Acesso em: 03 mar. 2021.

CALDEIRA, S. et al. Ações de cuidado do enfermeiro no Programa Rede Mãe Paranaense. **REME – Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 21, n. e992, p. 1-9, 2017. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170002>. Acesso em: 03 mar. 2021.

CAMARGO, T. B. Desenvolvendo competências ao cuidar em UTI: vivência da enfermeira. 2018. 163 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/56542>. Acesso em: 03 mar. 2021.

CARDOSO, D. C. et al. A importância do parto humanizado: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 41, n. e2442, p. 1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e2442.2020>. Acesso em: 03 mar. 2021.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. e00101417, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00101417>. Acesso em: 03 mar. 2021.

CARREGAL, F. A. S. et al. Resgate histórico dos avanços da Enfermagem Obstétrica brasileira. **Hist enferm Rev eletrônica [Internet]**, Brasília, v. 11, n. 2, p. 123-132, 2020. Disponível em: <http://here.abennacional.org.br/here/v11/n2/a4.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2021.

CHAVES, L. D. P. et al. Nursing supervision for care comprehensiveness. **Rev Bras Enferm [Internet]**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 1106-1111, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0491>. Acesso em: 03 mar. 2021.

COLLAÇO, V. S, et al. Parir e nascer num novo tempo: o cuidado utilizado no puerpério pela Equipe Hanami. **REME – Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 20, n.

e949, p. 1-7, 2016. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160018>. Acesso em: 03 mar. 2021.

COLEMAN, E. A.; BOULT, C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. **J Am Geriatr Soc**, New York, v. 51, n. 4, p. 556-557, 2003. Disponível em: <http://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x>. Acesso em: 03 mar. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 516/2016**. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz 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 registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 121, 27 jun. 2016a. Seção 1, p. 1.

\_\_\_\_\_. **Resolução COFEN nº 524/2016**. Altera o caput do §3º do artigo 1º da Resolução Cofen nº 516/2016. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 194, 04 out. 2016b. Seção 1, p. 80.

COSTA, M. A.; MARGUTI, B. O. **Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros**. Brasília: IPEA, 2015. E-book. Disponível em: [http://ivs.ipea.gov.br/images/publicacoes/lvs/publicacao\\_atlas\\_ivs](http://ivs.ipea.gov.br/images/publicacoes/lvs/publicacao_atlas_ivs). Acesso em: 15 jun. 2018.

COSTA, M. F. B. N. A. et al. A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 53, n. e03477, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018017803477>. Acesso em: 07 mar. 2021.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. supl.1, p. 1029-1042, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>. Acesso em: 07 mar. 2021.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde (SMS). **Programa Mãe curitibana vale a vida**. Curitiba: SMS, 2018. E-book. Disponível em: [https://www.fetalmed.net/wp-content/uploads/2018/09/Protocolo\\_Rede\\_M%C3%A3e\\_Curitiba\\_Vale\\_a\\_Vida\\_web.pdf](https://www.fetalmed.net/wp-content/uploads/2018/09/Protocolo_Rede_M%C3%A3e_Curitiba_Vale_a_Vida_web.pdf). Acesso em: 07 mar. 2021.

DEENY, S. et al. **Briefing: reducing hospital admissions by improving continuity in general practice**. London: The Health Foundation, 2017. E-book. Disponível em: <https://www.health.org.uk/publications/reducing-hospital-admissions-by-improving-continuity-of-care-in-general-practice>. Acesso em: 07 mar. 2021.



DEMITTO, M. O. et al. High risk pregnancies and factors associated with neonatal death. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 51, n. e03208, p. 1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016014703208>. Acesso em: 07 mar. 2021.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>. Acesso em: 07 mar. 2021.

DODOU, H. D.; RODRIGUES, D. P.; ORIÁ, M. O. B. O cuidado à mulher no contexto da maternidade: caminhos e desafios para a humanização. **Rev Fund Care Online.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 222-230, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.222-230>. Acesso em: 03 mar. 2021.

DRAGANOV, P. B.; FRIEDLÄNDER, M. R.; SANNA, M. C. Andragogia na saúde: estudo bibliométrico. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 149–156, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000100021>. Acesso em: 03 mar. 2021.

ESMERALDO, G. R. O. V. et al. Tensão entre modelo biomédico e estratégia saúde da família: percepções dos trabalhadores de saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 20, n. 1, p. 98–106, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.15786>. Acesso em: 03 mar. 2021.

EZER, H.; BRAY, C.; GROS, C.P. Families' description of the nursing intervention in a randomized control trial. In: GOTTLIEB, L.N.; EZER, H. (Ed.). **A perspective on health, family, learning, and collaborative nursing**: A collection of writings on the McGill Model of Nursing. Montreal: McGill University School of Nursing, 1997. p.371-376.

FABRIZIO, G. C.; SCHMALFUSS, J. M.; SILVEIRA L, et al. Práticas Obstétricas de uma Parteira: Contribuições para a Gestão do Cuidado de Enfermagem à Parturiente. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 9, n. e2892, p. 1-10, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.2892>. Acesso em: 03 mar. 2021.

FALQUETO, J. M. Z.; HOFFMANN, V. E.; FARIAS, J. S. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência de aplicação em estudo na área de administração. **Revista de Ciências da Administração [Internet]**, Florianópolis, v. 20, n. 52, p. 40-53, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/2175-8077.2018V20n52p40>. Acesso em: 09 de jan. 2021.

FERREIRA, L. et al. Busca do autocuidado por idosos na rede de atenção à saúde. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 17, n. 32, p. 46-54, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2017.32.46-54>. Acesso em: 03 mar. 2021.

FERREIRA, M. C. et al. Percepções de profissionais de enfermagem sobre humanização do parto em ambiente hospitalar. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 20, n. e41409, p. 1-9, 2019. Disponível em: <http://doi.org/10.15253/2175-6783.20192041409>. Acesso em: 03 mar. 2021.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>. Acesso em: 03 mar. 2021.

FINKELSZTEJN, A. et al. Encaminhamentos da atenção primária para avaliação neurológica em Porto Alegre, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 731-741, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300010>. Acesso em: 03 mar. 2021.

FLEMING, F.; HANEY, T. T. Improving patient outcomes with better care transitions: The role for home health. **Cleve Clin J Med**, Lyndhurst, v. 80, n. Suppl 1, p. 1-6, 2013. Disponível em: [doi.org/10.3949/ccjm.80.e-s1.02](https://doi.org/10.3949/ccjm.80.e-s1.02). Acesso em: 03 mar. 2021.

FLORENTINO, T. C. **O conceito de cuidado no trabalho da enfermeira**. 2016. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), 2016. Disponível em: <https://blog.ufba.br/grupogerirenfermagem/files/2017/05/TATIANE-CUNHA-FLORENTINO-O-CONCEITO-DE-CUIDADO-NO-TRABALHO-DA-ENFERMEIRA.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2021.

FLORES, I. P.; PEREIRA, E. R.; SILVA, R. M. C. R. A. A fenomenologia Merleau-Pontyana e o profissional da saúde: uma reflexão teórico-filosófica. **REAIID [Internet]**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 23, p. 108–113, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.31011/1519-339X.2018a18n85.15>. Acesso em: 03 mar. 2021.

FLOYD, R. D. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **Int J Gynaecol Obstet**, London, v. 75, n. Suppl 1, p. S5-S23, 2001. Disponível em: [http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos\\_cientificos/arquivos/the\\_technocratic\\_humanistic\\_and\\_holistic\\_paradigms\\_of\\_childbirth.pdf](http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/the_technocratic_humanistic_and_holistic_paradigms_of_childbirth.pdf). Acesso em: 03 mar. 2021.

FLOYD R. D. et al. The International Mother Baby Childbirth Initiative: a human rights approach to optimal Maternity Care. **Midwifery Today**, New York, v. 94, n. 12, p. 64-66, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20572609/>. Acesso em: 03 mar. 2021.

FONTES, F. L. L. et al. Desafios e dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro docente para o exercício da docência no ensino superior. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 24, n. e300, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e300.2019>. Acesso em: 03 mar. 2021.

GALHANAS, D. C. M. **Processo de aprendizagem na reabilitação cognitiva da pessoa com lesão cerebral adquirida**. 2019. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa (PT), 2019. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29959/1/Relat%C3%B3rio%20Dulce%20Galhanas.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2021.

GARCIA, S. A. L.; GARCIA, S. A. L.; LIPPI, U. G. A necessidade de inserção do enfermeiro obstetra na realização de consultas de pré-natal na rede pública.



**Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 241–247, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1486>. Acesso em: 03 mar. 2021.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. **Rev. bras. enferm. [online]**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 228–232, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000200019>. Acesso em: 03 mar. 2021.

GENERO, I. K.; SANTOS, K. R. Vivências de mulheres sobre o processo de parturição e pós-parto em um hospital escola. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 9, n. 3, p. 261-279, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v9i3.2915>. Acesso em: 04 mar. 2021.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2007.

FREEMAN, G. K.; OLESEN, F.; HJORTDAHL, P. Continuity of care: an essential element of modern general practice? **Family Practice**, New York, v. 20, n. 6, p. 623–627, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cm601>. Acesso em: 04 mar. 2021.

GALLANI, M. C.; DALLAIRE, C. Desenvolvimento de competências em Enfermagem: porque e como. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 19, n. 1, p. 9-11, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i1.35924>. Acesso em: 12 fev. 2021.

GOMES, C. B. D. A. et al. Consulta de enfermagem no pré-natal: narrativas de gestantes e enfermeiras. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 28, n. e20170544, p. 1–15, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0544>. Acesso em: 03 mar. 2021.

GOMES, M. L. et al. A prática obstétrica da enfermeira no parto institucionalizado: uma possibilidade de conhecimento emancipatório. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 763-771, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300024>. Acesso em: 03 mar. 2021.

GOTTLIEB, L.N. **O cuidar em enfermagem baseado nas forças**: saúde e cura para a pessoa e família. Loures: Lusodidacta, 2016.

GOTTLIEB, L.N. **Strengths-based nursing care**: health and healing for person and family. New York: Springer Publishing Company, 2011.

GONÇALVES, M. F. et al. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm. [online]**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, p. e0063, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0063>. Acesso em: 03 mar. 2021.

GUIMARÃES, L. B. E.; JONAS, E.; AMARAL, L. R. O. G. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. **Rev. Estud. Fem. [online]**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. 1–11, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584.2018v26n143278>. Acesso em: 03 mar. 2021.

GUIMARÃES, Q. V. et al. Vivência De Puérperas Diante Da Assistência Obstétrica No Processo Parturitivo. **SANARE (Sobral, Online)**., Sobral, v. 19, n. 1, p. 48–57,

2020. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1404>. Acesso em: 03 mar. 2021.

HADAD, A. C. A. C.; JORGE, A. O. Continuidade do cuidado em rede e os movimentos de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe4, p. 198-210, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s416>. Acesso em: 03 mar. 2021.

HAGGERTY, J. L. et al. Continuity of care: A multidisciplinary review. **BMJ**, London, v. 327, n. 7425, p. 1219–1221, 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>. Acesso em: 03 mar. 2021.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. Suppl 2, p. 331–336, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800026>. Acesso em: 03 mar. 2021.

HEATON, J.; CORDEN, A.; PARKER, G. Continuity of care: A critical interpretive synthesis of how the concept was elaborated by a national research programme. **Int J Integr Care**, United Kingdom, v. 12, n. e12, p. 1–9, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.794>. Acesso em: 03 mar. 2021.

HESSELINK G. et al. Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using intervention mapping. **BMC Health Serv Res.**, v. 14, n. 389, p. 1-11, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-389>. Acesso em: 03 mar. 2021.

HOOPE-BENDER, P. et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. **Lancet**, London, v. 384, n. 9949, p. 1226-1235, 2014. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60930-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60930-2). Acesso em: 03 mar. 2021.

HORTON, R.; ASTUDILLO, O. The power of midwifery. **Lancet**, London, v. 384, n. 9948, p. 1075-1076, 2014. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60855-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60855-2). Acesso em: 03 mar. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estatísticas do Registro Civil 2018. **Estat. Reg. civ.**, Rio de Janeiro, v. 45, p. 1-8, 2018. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/135/rc\\_2018\\_v45\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/135/rc_2018_v45_informativo.pdf). Acesso em: 06 mar. 2021.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. The IHI Triple Aim. Boston, 2021. Disponível em: <http://www.ihc.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>. Acesso em: 06 mar. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE. “Triple Aim” do IHI deve ser substituído pelo “Quadruple Aim”. São Paulo, 2021. Disponível em: [https://www.segurancadopaciente.com.br/central\\_conteudo/triple-aim-do-ihc-deve-ser-substituido-pelo-quadruple-aim/](https://www.segurancadopaciente.com.br/central_conteudo/triple-aim-do-ihc-deve-ser-substituido-pelo-quadruple-aim/). Acesso em: 06 mar. 2021.

IRWIN, K. A.; AGIUS, M. How does continuity of care affect quality of care in primary healthcare? **Psychiatria Danubina**, Zagreb, v. 29, n. Suppl 3, p. 452-456, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28953807/>. Acesso em: 06 mar. 2021.

JARDIM, M. J. A.; SILVA, A. A.; FONSECA, L. M. B. Contribuições do enfermeiro para o empoderamento da gestante no processo de parturição natural. **Rev Fund Care Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. esp, p. 432-440, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.432-440>. Acesso em: 06 mar. 2021.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. supl. 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>. Acesso em: 06 mar. 2021.

LEITE, V. C.; GASQUEZ, A. D. S.; BERTONCIM, K. R. I. Estratificação de risco em gestantes no pré-natal. **Revista UNINGÁ**, Maringá, v. 56, n. S2, p. 184–193, 2019. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2160>. Acesso em: 04 mar. 2021.

LIMA, C. T. et al. Análise das políticas públicas em saúde da mulher: uma revisão da literatura. **EFDeportes.com, Revista Digital.**, Buenos Aires, v. 19, n. 197, p. 1-1. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd197/politicas-publicas-em-saude-da-mulher.htm>. Acesso em: 04 mar. 2021.

LIMA, V. K. S. et al. Educação em saúde para gestantes: a busca pelo empoderamento materno no ciclo gravídico-puerperal. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 968-975, 2019. Disponível em: <http://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.968-975>. Acesso em: 04 mar. 2021.

LUCCHESI, P. T. R. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. E-book. Disponível em: [http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese\\_Politicas\\_publicas.pdf](http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Politicas_publicas.pdf). Acesso em: 04 mar. 2021.

MARQUES, S. B. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cad. Ibero Am. Direito Sanit. [Internet]**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 97–119, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i1.585>. Acesso em: 04 mar. 2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. E-book. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf). Acesso em: 04 mar. 2021.

MENDES, F. R. P. et al. A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos utentes. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 843–855, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>. Acesso em: 04 mar. 2021.

MELO, K. et al. The behavior expressed by the parturient during birth: the reflections of prenatal care. **Rev Fund Care Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 1007–1020,

2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150033>. Acesso em: 04 mar. 2021.

MORGAN, E. D.; PASQUARELLA, M.; HOLMAN, J. R. Continuity of care and patient satisfaction in a family practice clinic. **J Am Board Fam Pract**, Lexington, v. 17, n. 5, p. 341–346, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.3122/jabfm.17.5.341>. Acesso em: 04 mar. 2021.

NAYLOR, M. D. et al. The care span: The importance of transitional care in achieving health reform. **Health Aff (Millwood)**, Bethesda, v. 30, n. 4, p. 746–754, 2011. Disponível em: <http://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0041>. Acesso em: 04 mar. 2021.

NEVES, T. I.; PORCARO, L. A.; CURVO, D. R. Saúde é colocar-se em risco: normatividade vital em Georges Canguilhem. **Saude soc. [online]**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 626-637, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170016>. Acesso em: 17 fev. 2021.

NÓBREGA, M. M. L. et al. Terminologias de enfermagem: da Taxonomia da NANDA à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 2, n. 4, p. 454, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.333-11493-1-LE.0204200817>. Acesso em: 03 mar. 2021.

OLIVEIRA, C. D. F. et al. Barreiras à implementação de recomendações para assistência ao parto normal: revisão rápida de evidências. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 44, n. e132, p. 1–10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.132>. Acesso em: 04 mar. 2021.

OLIVEIRA, E. C.; BARBOSA, S. M.; MELO, S. E. P. A importância do acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiros. **Revista Científica FacMais**, Inhumas, v. 7, n. 3, p. 24–38, 2016. Disponível em: <https://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2017/01/Artigo-02-A-import%C3%A2ncia-do-acompanhamento-pr%C3%A9-natal-realizado-por-enfermeiros.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2021.

OLIVEIRA, T. C. et al. A assistência de enfermagem obstétrica à luz da teoria dos cuidados de Kristen Swanson. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 9, n. 2, p. 3-6, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n2.1138>. Acesso em: 07 mar. 2021.

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 2, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>. Acesso em: 16 fev. 2021.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Washington, 2020a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/63100>. Acesso em: 04 mar. 2021.

\_\_\_\_\_. Saúde materna. Washington, 2020b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/63100>. Acesso em: 04 mar. 2021.

ORTEGA, M. A. F. et al. Os Sistemas de Referência e Contra-Referência de pacientes na América Latina: Mecanismos de Coordenação Assistencial e papel da Medicina de Família e Comunidade. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. Suppl 2, p. 37-45, 2016. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1384](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1384). Acesso em: 22 out. 2019.

PARADA, C. M. G. L. Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério: 25 anos de recomendações de organismos internacionais. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. supl. 3, p. 1-2, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-72suppl301>. Acesso em: 07 mar. 2021.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). **Linha guia rede mãe paranaense**. Paraná: SESA, 2012. E-book. Disponível em: [https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2445/1/UNIDADE\\_2.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2445/1/UNIDADE_2.pdf). Acesso em: 07 mar. 2021.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). **Mortalidade Materno Infantil**. Paraná: SESA, 2019. E-book. Disponível em: [https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2020-05/svs\\_mortalidade\\_materno\\_infantil\\_03\\_04\\_2019.pdf](https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/svs_mortalidade_materno_infantil_03_04_2019.pdf). Acesso em: 07 mar. 2021.

PARCERO, S. M. J. et al. Características do relacionamento entre a mulher e seu parceiro na ocorrência de gravidez não planejada. **Rev. baina enferm.**, Salvador, v. 31, n. 2, p. e17332, 2017. Disponível em: [doi.org/10.18471/rbe.v31i2.17332](https://doi.org/10.18471/rbe.v31i2.17332). Acesso em: 07 mar. 2021.

PETTRES, A. A.; DA ROS, M. A. A determinação social da saúde e a promoção da saúde. **Arq. Catarin Med.**, Florianópolis, v. 47, n. 3, p. 183-196, 2018. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/375>. Acesso em: 16 fev. 2021.

PEREIRA, S. R. et al. Boas práticas de assistência ao trabalho de parto e parto: revisão integrativa. **Rev. UNINGÁ**, Maringá, v. 56, n. S6, p. 123-133, 2019. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2845>. Acesso em: 16 fev. 2021.

PIESZAK, G. M. et al. As relações de poder na atenção obstétrica e neonatal: perspectivas para o parto e o nascimento humanizados. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 26, n. e756, p. 1-6, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e756.2019> Acesso em: 03 mar. 2021.

PICHON-RIVIÉRE, E. **O processo Grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

PILER, A. A. et al. Fatores determinantes dos cuidados de enfermagem no processo de parturição. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 13, n. 1, p. 189-205, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v01i01a236515p189-205-2019>. Acesso em: 03 mar. 2021.

QUEIROZ, M. V. O. et al. Perfil da gravidez na adolescência e ocorrências clínico-obstétricas. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 3, p. 455-462, 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3203/2462>. Acesso em: 03 mar. 2021.



QUENTAL, L. L. C. et al. Práticas educativas com gestantes na atenção primária à saúde. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 12, p. 5370-5381, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a23138p5370-5369-2017>. Acesso em: 03 mar. 2021.

RAMOS, W. M. A. et al. Contribuição da enfermeira obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. **Rev Fund Care Online**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 173-179, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.173-179>. Acesso em: 03 mar. 2021.

REID, R. J.; HAGGERTY, J. L.; MCKENDRY, R. **Defusing the confusion**: Concepts and measures of continuity of healthcare. Toronto: Health Services Research Foundation, 2002. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/245856177\\_Defusing\\_the\\_Confusion\\_Concepts\\_and\\_Measures\\_of\\_Continuity\\_of\\_Health\\_Care](https://www.researchgate.net/publication/245856177_Defusing_the_Confusion_Concepts_and_Measures_of_Continuity_of_Health_Care). Acesso em: 03 mar. 2021.

REGO, A. S. et al. Estratificação de risco familiar no contexto da estratégia de saúde da família. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 3, p. 977-984, 2016. Disponível em: [doi.org/10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201605](https://doi.org/10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201605). Acesso em: 03 mar. 2021.

REIS, R. S.; ABI RACHED, C. D. O papel do enfermeiro no acompanhamento de pré-natal de baixo risco utilizando a abordagem centrada na pessoa - gestante. **International Journal of Health Management Review**, v. 3, n. 2, p. 1–32, 2017. Acesso em: 03 mar. 2021.

REIS, Z. S. N. et al. Analysis of the summary content in obstetric discharge reports in a reference maternity hospital. An opportunity to rethink the strategy of continuity in maternal and neonatal care. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 25, n. 4, p. 476–483, 2015. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150111>. Acesso em: 03 mar. 2021.

RIBAS, E. N. et al. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. **Rev Bras Enferm [Internet]**, Brasília, v. 71, n. Suppl 1, p. 546-553, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>. Acesso em: 25 jul. 2019.

RIBEIRO, J. F. et al. Contentamento de puérperas assistidas por enfermeiros obstetras. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 9, p. 2269-2275, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a234777p2269-2275-2018>. Acesso em: 03 mar. 2021.

RIBEIRO, J. F. et al. Percepção das puérperas sobre a assistência à saúde em um centro de parto normal. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 3, p. 521-530, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769214471>. Acesso em: 03 mar. 2021.

RODRIGUES, D. P. et al. A Violência Obstétrica no Contexto do Parto e Nascimento. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 12, n. 1, p. 236–46, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i1a23523p236-246-2018>. Acesso em: 03 mar. 2021.

ROSA, R. et al. Reflexões de enfermeiras na busca do referencial teórico para assistência na maternidade. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v. 71, n. suppl 3, p. 1432–1438, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0525>. Acesso em: 03 mar. 2021.

SAMPAIO, A. F. S.; ROCHA, M. J. F.; LEAL, E. A. S. High-risk pregnancy: clinical-epidemiological profile of pregnant women attended at the prenatal service of the Public Maternity Hospital of Rio Branco, Acre. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 18, n. 3, p. 559-566, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000300007>. Acesso em: 21 fev. 2021.

SANDALL, J. et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2016, n. 4, p. 1-96. Disponível em: <doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>. Acesso em: 21 fev. 2021.

SANFELICE, C. F. O.; SHIMO, A. K. K. Parto domiciliar: compreendendo os motivos dessa escolha. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 875-882, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015002850014>. Acesso em: 07 mar. 2021.

SANTOS, F. A. P. S. et al. Integralidade e atenção obstétrica no Sistema Único de Saúde (SUS): reflexão à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. e20160094, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160094>. Acesso em: 07 mar. 2021.

SANTOS, J. O. et al. Perfil obstétrico e neonatal de puérperas atendidas em maternidades de São Paulo. **Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 1936-1945, 2018. Disponível em: <doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1936-1945>. Acesso em: 07 mar. 2021.

SANTOS, R. C. A. N. et al. Realidades e perspectivas de mães adolescentes acerca da primeira gravidez. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 73-80, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0444>. Acesso em: 03 mar. 2021.

SENA, C. et al. Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 3, p. 523-529, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/217976923365> Acesso em: 03 mar. 2021.

SILVA, A. A. B. D.; ANDRADE, C. The role of nurses in prenatal care, education and health promotion. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 10, p. e9989109477, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9477>. Acesso em: 20 fev. 2021.

SILVA, L. A. et al. A humanização do cuidado pré-natal na perspectiva valorativa das mulheres gestantes. **Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 1014, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1014-1019>. Acesso em: 03 mar. 2021.

SILVA, M. F. F. et al. Integralidade na atenção primária à saúde. **REFACS (online)**, Uberaba, v. 6, n. Supl 1, p. 394-400, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18554/refacs.v6i0.2925>. Acesso em: 03 mar. 2021.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. E-book. Disponível em: <https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2021.

SOUZA, E. V. A.; BASSLER, T. C.; TAVEIRA, A. G. Artigo estudo de caso educação em saúde no empoderamento da gestante. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 13, n. 5, p. 1527-1531, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i05a238437p1527-1526-2019>. Acesso em: 03 mar. 2021.

TAKEMOTO, A. Y.; CORSO, M. R. Parto humanizado e a assistência de enfermagem: uma revisão da literatura. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 17, n. 2, p. 117-127, 2013. Disponível em: <http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/viewFile/5002/2912>. Acesso em: 16 jun. 2018.

TARRANT, C. et al. Continuity and trust in primary care: a qualitative study informed by theory. **Ann Fam. Med.**, Michigan, v. 8, n. 5, p. 440-446, 2010. Disponível em: <http://doi.org/10.1370/afm.1160>. Acesso em: 03 mar. 2021.

TERRA, L. S. V.; CAMPOS, G. W. S. Alienação do trabalho médico: tensões sobre o modelo biomédico e o gerencialismo na atenção primária. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. e0019124, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00191>. Acesso em: 03 mar. 2021.

TRAD, L. A. B. Focal groups: Concepts, procedures and reflections based on practical experiences of research works in the health area. **Physis [online]**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777–796, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>. Acesso em: 03 mar. 2021.

TURCI, M. A.; LIMA E COSTA, M. F.; MACINKO, J. A. Avaliação da Atenção Primária e a percepção do usuário sobre a qualidade da assistência: um estudo em cidade brasileira. **APS EM REVISTA**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 3-17, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v1i1.13>. Acesso em: 03 mar. 2021.

UIJEN, A. A. et al. How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. **Fam Pract.**, New York, v. 29, n. 3, p. 264-271, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr104>. Acesso em: 03 mar. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha**. Maranhão: UNA-SUS/UFMA, 2015. E-book. Disponível em: [https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2445/1/UNIDADE\\_2.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2445/1/UNIDADE_2.pdf). Acesso em: 03 mar. 2021.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR). Maternidade Victor Ferreira do Amaral. Curitiba, 2021. Disponível em: <https://www.ufpr.br/portafulpr/maternidade-victor-ferreira-do-amaral/>. Acesso em: 03 mar. 2021.

UTZUMI, F. C. et al. Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 2, p. 1–8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>. Acesso em: 03 mar. 2021.

VICENTIM, A. L. et al. Influence of socioeconomic, demographic and sexual behavior variables on school dropout among pregnant adolescents. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 11, p. e3399119968, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9968>. Acesso em: 17 feb. 2021.

VIEIRA, M. J. O. et al. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, Goiânia, v. 18, n. 1, p. 1–10, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.36714>. Acesso em: 03 mar. 2021.

WEBER, L. A. F. et al. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 22, n. 3, p. 47615, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>. Acesso em: 02 mar. 2021.

WINCK, D. R.; BRÜGGEMANN, O. M. Responsabilidade legal do enfermeiro em obstetrícia. **Rev. bras. enferm. [online]**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 464–469, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000300019>. Acesso em: 03 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: WHO, 1996.

\_\_\_\_\_. **Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services**. Geneva: WHO; 2018. E-book. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628>. Acesso em: 03 mar. 2021.

\_\_\_\_\_. **SDG Good Practices**. Department of Economic and Social Affairs. Genebra, 1996. Disponível em: <https://sdgs.un.org/sdg-good-practices>. Acesso em: 03 mar. 2021.

\_\_\_\_\_. **WHO recommendations – Intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization, 2018. E-book. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>. Acesso em: 03 mar. 2021.

ZANELLA, L. C. H. **Metodologia de pesquisa**. Florianópolis: UFSC, 2013.

## **APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ENFERMEIROS**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Nós, Elizabeth Bernardino, Otilia Beatriz Maciel da Silva e Denise Jorge Munhoz da Rocha, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, Enfermeiro da Maternidade Victor Ferreira do Amaral do Complexo Hospital de Clínicas - UFPR a participar de um estudo intitulado **“O cuidado de Enfermagem baseado nas forças em maternidade de risco habitual: repensando as práticas e o continuidade do cuidado”**. Esta pesquisa irá colaborar na reorganização da assistência de enfermagem nesta instituição.

O objetivo desta pesquisa é:

O estudo tem como objetivo principal elaborar uma proposta para repensar as práticas de enfermagem e a continuidade do cuidado da admissão até a alta em uma maternidade de risco habitual na Cidade de Curitiba tendo como base a Teoria do Cuidado Baseado em Forças.

Caso você aceite em participar da pesquisa, será necessário a sua presença em reuniões para desenvolver o estudo. Serão 06 reuniões iniciais, com duração entre 60 a 90 minutos, estas serão áudio-gravadas e o local de realização será no seu ambiente de trabalho com horário previamente pactuado, caso haja necessário, o número de reuniões poderá aumentar, conforme demanda levantada pelos participantes. Os pesquisadores se comprometem a utilizar as áudio-gravações somente para contribuir com a construção do corpo de trabalho através das informações que possam contribuir para o mesmo.

É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao momento das atividades das reuniões, pois outras pessoas participarão, sendo necessário, por vezes, que você expresse suas opiniões diante destas pessoas. Porém, as informações obtidas serão destinadas somente e exclusivamente para esta pesquisa. Não serão mencionados nomes dos

participantes ou algo que possa identificá-los (a), portanto, nos comprometemos a garantir o anonimato e evitaremos qualquer constrangimento.

O risco relacionado ao estudo eventualmente pode ser o constrangimento no momento das reuniões, entretanto a possibilidade da ocorrência deste risco é mínima, pois estas atividades serão previamente acordadas com todos os participantes, caso aconteçam este ou outro risco, a pesquisa será interrompida e readequada para evitar tais situações.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são de natureza coletiva, não tendo relação direta com o participante ou com qualquer pessoa em particular.

O maior beneficiado com a pesquisa será a mulher (paciente da maternidade) que terá as suas necessidades atendidas conforme a sua linha de cuidado; a gestão do hospital com a otimização dos recursos institucionais e com a organização dos processos de trabalho que contribuirão para a melhorar integração entre os serviços de atendimento da maternidade e a rede assistencial à saúde. No entanto, você não será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico e com seu desenvolvimento profissional.

As pesquisadoras, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Bernardino, Enf.<sup>a</sup> Dd.<sup>a</sup> Otília Beatriz Maciel da Silva e Enf.<sup>a</sup> MSc. Denise Jorge Munhoz da Rocha, poderão ser contatados nos respectivos telefones: telefone celular (41) 98873 – 5514, telefone fixo (41) 33601800 Ramal 6418, e-mail: elizaber@ufpr.br; telefone celular (41) 98807-5090, telefone fixo (41) 3312 – 5010, e-mail: otilia.silva@hc.ufpr.br; telefone celular (41) 99996-6561, telefone fixo (41) 3312 – 5010 e-mail: denise.rocha@hc.ufpr.br. E no endereço Av. Iguazu, 1953 – Água Verde, Curitiba – PR, 81250-190, sala da Unidade de Gestão da Alta, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão conhecidas por pessoas autorizadas (orientador e os demais membros descritos no estudo). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**. As reuniões serão áudio - gravadas, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita as reuniões e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.

As despesas necessárias para a realização desta pesquisa, não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você terá a garantia de que problemas como: constrangimento decorrentes do estudo serão tratados imediatamente pelos pesquisadores de forma a corrigir a forma de aplicação do instrumento para delinear o perfil dos participantes e a condução das reuniões.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
(Nome e Assinatura do participante da pesquisa ou responsável legal)

Local e data: \_\_\_\_\_

**Rubricas:**

Participante da pesquisa e/ou responsável legal:

\_\_\_\_\_

Pesquisador responsável ou quem aplicou o TCLE:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Bernardino

---

Enf.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Otília B. Maciel da Silva

---

Enf.<sup>a</sup> MSc. Denise Jorge Munhoz da Rocha

Local e data: \_\_\_\_\_

**Rubricas:**

Participante da pesquisa e/ou responsável legal:

\_\_\_\_\_

Pesquisador responsável ou quem aplicou o TCLE:

## APÊNDICE 2 - EXEMPLO DE ROTEIRO DAS REUNIÕES DE GRUPO

### REUNIÃO 02 – REFLETINDO SOBRE AS ATIVIDADES DE ENFERMAGEM NO PA – MVFA UTILIZANDO O REFERENCIAL TEÓRICO SBC

**Objetivo:** Refletir sobre as atividades de enfermagem realizadas no PA – MVFA segundo o referencial teórico do Cuidar de Enfermagem baseado nas Forças.

**Participantes:** Todos os enfermeiros que aceitaram participar dos seminários e respeitarem os critérios de inclusão estabelecidos, bem como assinarem o TCLE.

**Atividades:**

- a. Acolhimento e apresentação das atividades (3 min.);
- b. Validação do nome da Oficina 1 (2 min.);
- c. Validação do fluxo do PA –MVFA (5 min.);
- d. Descrição das atividades do PA – MVFA (2 min);
- e. Sobre atividades e cuidados (3 min.);
- f. Sobre o Cuidar de Enfermagem baseado nas Forças (3 min.);
- g. Sobre os metaparadigmas (5 min.);
- h. Apresentação dos valores da SBC (10 min.);
- i. Discussão dos cuidados de Enfermagem do PA – MVFA tendo como base o SBC (25 min.);
- j. Resumo das atividades e preparação para a oficina 3 (10 min.).
- k. Tempo total: 1:10 minutos.

## APÊNDICE 3 - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENFERMEIROS NO FINAL DA ETAPA 2

### Cuidar de Enfermagem baseado nas Forças em uma maternidade de risco habitual

A aplicabilidade da SBC na Maternidade Victor Ferreira do Amaral  
Programa de Pós - Graduação em Enfermagem  
Universidade Federal do Paraná

1. O que você entendeu sobre a SBC?
2. Qual foi a sua motivação em participar das oficinas sobre o "Cuidar de Enfermagem baseado nas Forças - SBC"?
3. Você acha possível aplicar os valores do "Cuidar de Enfermagem baseado nas Forças" na prática profissional dos Enfermeiros da Maternidade Victor Ferreira do Amaral?
4. Quais são os valores da SBC que mais fazem parte da sua prática profissional?
5. Você alterou a sua prática assistencial depois que conheceu o "Cuidar de Enfermagem baseado nas foças - SBC" ?
6. Há algo mais que queria comentar, sobre sentimentos, sugestões e/ou críticas relacionadas aos trabalhos desenvolvidos para a apresentação da abordagem filosófica o "Cuidar de Enfermagem baseado nas Forças"?



## APÊNDICE 4 - RELATO DE CASO DOS ENFERMEIROS APÓS A ETAPA 2

*"Realizei o atendimento de uma mulher que internou no CO precocemente, com histórico de ansiedade em uso de sertralina, e por conta desta ansiedade, ela não quis ir embora, internou a tarde com apenas 1 cm e a enfermeira da tarde já fez todo um processo de conscientização do trabalho de parto e de fortalecimento do vínculo...*

*Durante a noite eu tive o privilégio de acompanhá-la...*

*Era uma família orientada, que facilita muito a vida da gente, tinham o plano de parto e sabiam minimamente o que gostariam de vivenciar, como queriam encarar o nascimento...*

*Então durante este processo do trabalho de parto, eu acompanhei desde os 5 cm, eu consegui desenvolver com ela vários métodos não farmacológicos para alívio a dor, não apenas pela intensidade da contração, mas com o objetivo de acalmá-la, por conta desta ansiedade que ela vivenciar...*

*Então a gente fez junto rebozo, aromaterapia, massagem, eu usei o sping baby, deixei ela muito tempo em relaxamento na banheira e aí ela teve o bebê às 4 horas da manhã...*

*O parto foi jeito que ela queria, do jeito que ela descreveu no plano de parto em quatro apoios, sem ocitocina, sem intervenção, sem nada de medicamento...*

*Um parto onde ela pegou o bebê dela, ficou em contato pele a pele, o companheiro pôde realizar o corte do cordão umbilical e este parto aconteceu respeitando vários valores da SBC...*

*Eu consegui identificar a questão sobre o processo de saúde e doença; consegui olhar para a história dela, história de vida dela que a gente não pode ignorar (questão do uso da medicação por um transtorno psiquiátrico); a questão da individualidade, olhar para aquele atendimento como único; e usar das ferramentas que temos, para tornar aquele processo mais fisiológico possível.*

*Também o uso dos métodos holísticos, que percebi que importantes naquele momento para ela, para que pudesse viver o processo de parto da forma mais fisiológica possível, respeitando todo este contexto e a sua individualidade e olhando também para o ambiente, proporcionando para ela um ambiente que fosse mais confortável para que ela se acalmasse, para que ela se mantivesse tranquila...*

*Consegui estabelecer também a parceria colaborativa, porque a gente firmou junto vários acordos de viver aquele processo juntas, que eu estaria lhe apoiando no que ela precisasse, me colocando à disposição...*

*Então acho que foi um parto que eu consegui que fosse menos traumático para ela, aplicando os valores do SBC".*

FONTE: Enfermeiro 1 (2021).

## APÊNDICE 5 - RELATO DE CASO DOS ENFERMEIROS APÓS A ETAPA 2

*“Ao receber o plantão foi repassado que havia uma paciente que estava com muito problema em relação à amamentação...*

*Era uma jovem de 15 anos que estava hospitalizada a 3 ou 4 dias, neste período a mama começa a ficar mais ingurgitada. A paciente não estava deixando os profissionais de enfermagem ajudá-la com a massagem, com a ordenha e orientações, pois estava com muita dor local, algo desconcertante...*

*Nesse momento, depois das reuniões, pensando no que a gente poderia fazer para ajudá-la, e conversando entre a equipe, eu e mais duas técnicas de enfermagem, resolvemos então tirar a paciente do ambiente (enfermaria que estava hospitalizada), porque aquele ambiente estava cheio de homens que acompanhavam outras mulheres e talvez isto a estava deixando constrangida também...*

*Muitas coisas acontecendo no quarto, e ela não conseguia prestar a atenção no que estávamos falando. Então, nós a tiramos da enfermaria, pensando em um dos valores das forças que é pessoa e ambiente estão integrados, tiramos daquele ambiente e levamos para um ambiente mais tranquilo que é a sala de amamentação.*

*Neste dia a sala de amamentação não estava sendo usada então, ficou ela a mãe, eu as minhas técnicas. E começamos a conversar com ela, falar sobre a importância da amamentação, porque até então ela estava querendo desistir daquilo, porque era muito dolorido.*

*Era uma menina de 15 anos... e começamos a conversar com ela e ela começou a se empoderar, se empoderar e começou a querer fazer aquilo, porque a gente ajudou ela a saber o que é a amamentação, para que ela serve, e também ela deixou claro que ela acreditava muito em Deus etc., e a gente começou a também falar sobre a espiritualidade envolvida...*

*E antes de tocarmos na mama dela para fazer a massagem, pois ela já tinha entendido que aquilo era importante, nós começamos a cantar para ela...*

*Nós cantamos (as meninas, técnicas de enfermagem que cantam, elas têm uma voz belíssima, e começaram a cantar para a jovem mãe) ...*

*E enquanto fazíamos a massagem na mama, as meninas cantavam, e neste momento ela chorou de emoção, a mãe chorou de emoção, e o leite da mama dela começou a escorrer...*

*Assim com mais facilidade, em outro ambiente, mais empoderada, ela queria fazer aquilo, queria tirar o leite, e depois disto ela aprendeu a tirar o leite e queria dar para o bebê, e colocava o bebê para sugar...*

*Quando abordamos aquela paciente, percebemos que ela estava bloqueada, ela não queria nem que encostasse nela, e depois do trabalho que fizemos com conversa, mudança de ambiente, de espiritualidade, nós conseguimos que ela entendesse.*

*Então, ela voltou para o quarto, e voltou outras vezes para a sala de amamentação e não precisou mais da nossa ajuda, porque ela entendeu o processo de amamentação”.*

FONTE: Enfermeiro 2 (2021).

## APÊNDICE 6 - RELATO DE CASO DOS ENFERMEIROS APÓS A ETAPA 2

*“Mulher pós-parto normal (7º dia), chega no ambulatório com queixa de dificuldade no aleitamento materno (AM), diz estar com vontade de iniciar fórmula.*

*Realizado o acolhimento e utilizados diversos níveis de interação (Presença física/corpo a corpo = ver, ouvir e estar lá na prestação do cuidado).*

*Convidei os familiares para participarem junto na consulta de enfermagem, ouvi as queixas sem julgamento tentando identificar as condições para essas dificuldades, tentei entender o porquê da dificuldade encorajando-a a não desistir. E esclarecendo, que pode contar com o nosso serviço e apoio, reforçando que o AM não é apenas alimentação do bebê, mas também a formação de um vínculo afetivo profundo.*

*Ao exame físico: A mulher encontrava-se nervosa, muito ansiosa, porém participativa com as orientações, mamas cheias mamilos semi-protusos com presença láctea bilateral, apresentando hiperemia no mamilo e fissuras.*

*Recém-nascido ativo e reativo ao manuseio, corado, eupneico, chorosa, porém mucosas hidratadas.*

*Presença psicológica/Mente-a-mente: comunicação, escuta verdadeira, empatia, sem julgamento.*

*Primeiramente pedi para ela demonstrar como estava colocando o bebê para mamar, observei algumas dificuldades e ao mesmo tempo fui conversando para incentivar o melhor manejo para o AM, pedi para o marido sempre que possível auxiliar nesse momento.*

*Fiz orientações sobre cuidados com o mamilo, massagem e ordenha.*

*Realizei pesagem do recém-nascido para ver o ganho de peso ponderal, o qual apresentava ganho adequado de peso, a partir daí ela mesmo percebeu que seu leite está sendo suficiente”.*

FONTE: Enfermeiro 3 (2021).

## **APÊNDICE 7 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - MULHERES**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Nós, Elizabeth Bernardino, Otilia Beatriz Maciel da Silva e Denise Jorge Munhoz da Rocha, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, Enfermeiro da Maternidade Victor Ferreira do Amaral do Complexo Hospital de Clínicas - UFPR a participar de um estudo intitulado **“O cuidado de Enfermagem baseado nas forças em maternidade de risco habitual: repensando as práticas e o continuidade do cuidado”**. Esta pesquisa irá colaborar na reorganização da assistência de enfermagem nesta instituição.

O objetivo desta pesquisa é:

O estudo tem como objetivo principal elaborar uma proposta para repensar as práticas de enfermagem e a continuidade do cuidado da admissão até a alta em uma maternidade de risco habitual na Cidade de Curitiba tendo como base a Teoria do Cuidado Baseado em Forças.

Caso você aceite em participar da pesquisa, será realizada uma entrevista com duração de 15 a 30 minutos, estas serão áudio-gravadas e o local de realização será na maternidade em um local privativo ou onde você se sentir confortável, com data e horário previamente pactuado. Os pesquisadores se comprometem a utilizar as áudio-gravações somente para contribuir com a construção do corpo de trabalho através das informações que possam contribuir para o mesmo.

É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao momento da realização da entrevista, pois relatará sobre o atendimento que recebeu na maternidade. Porém, as informações obtidas serão destinadas somente e exclusivamente para esta pesquisa. Não serão mencionados nomes dos participantes ou algo que possa identificá-los (a), portanto, nos comprometemos a garantir o anonimato e evitaremos qualquer constrangimento.

O risco relacionado ao estudo eventualmente pode ser o constrangimento no momento das entrevistas, entretanto a possibilidade da ocorrência deste risco é mínima, caso aconteça este ou outro risco, a pesquisa será interrompida e readequada para evitar tais situações.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são de natureza coletiva, não tendo relação direta com o participante ou com qualquer pessoa em particular.

O maior beneficiado com a pesquisa será para outras mulheres que receberão os cuidados nesta maternidade, pois terá as suas necessidades atendidas conforme a sua linha de cuidado; a gestão do hospital com a otimização dos recursos institucionais e com a organização dos processos de trabalho que contribuirão para a melhorar integração entre os serviços de atendimento da maternidade e a rede assistencial à saúde. No entanto, você não será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico e com seu desenvolvimento profissional.

As pesquisadoras, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Bernardino, Enf.<sup>a</sup> Dd.<sup>a</sup> Otília Beatriz Maciel da Silva e Enf.<sup>a</sup> MSc. Denise Jorge Munhoz da Rocha, poderão ser contatados nos respectivos telefones: telefone celular (41) 98873 – 5514, telefone fixo (41) 33601800 Ramal 6418, e-mail: elizaber@ufpr.br; telefone celular (41) 98807-5090, telefone fixo (41) 3312 – 5010, e-mail: otilia.silva@hc.ufpr.br; telefone celular (41) 99996-6561, telefone fixo (41) 3312 – 5010 e-mail: denise.rocha@hc.ufpr.br. E no endereço Av. Iguaçu, 1953 – Água Verde, Curitiba – PR, 81250-190, sala da Unidade de Gestão da Alta, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.



A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão conhecidas por pessoas autorizadas (orientador e os demais membros descritos no estudo). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**. A entrevista será áudio - gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita as reuniões e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.

As despesas necessárias para a realização desta pesquisa, não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você terá a garantia de que problemas como: constrangimento decorrentes do estudo serão tratados imediatamente pelos pesquisadores de forma a corrigir a forma de aplicação da entrevista.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

---

(Nome e Assinatura do participante da pesquisa ou responsável legal)

Local e data: \_\_\_\_\_

**Rubricas:**

Participante da pesquisa e/ou responsável legal:

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável ou quem aplicou o TCLE:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Bernardino

---

Enf.<sup>a</sup> Dd.<sup>a</sup> Otília B. Maciel da Silva

---

Enf.<sup>a</sup>. MSc. Denise Jorge Munhoz da Rocha

Local e data: \_\_\_\_\_

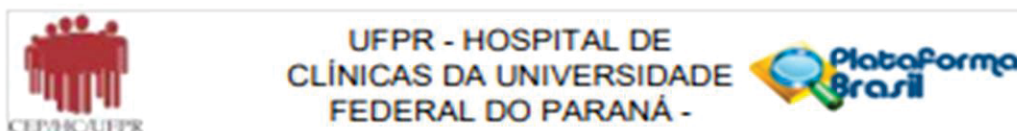
**Rubricas:**

Participante da pesquisa e/ou responsável legal:

\_\_\_\_\_

Pesquisador responsável ou quem aplicou o TCLE:

## ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CHC/UFPR



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** O cuidado de Enfermagem baseado nas forças em maternidade de risco habitual: repensando as práticas e o continuidade do cuidado.

**Pesquisador:** Elizabeth Bernardino

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 87634618.7.0000.0096

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.037.117

#### Apresentação do Projeto:

Solicitação de emenda ao projeto de doutorado intitulado "O cuidado de enfermagem baseado nas forças em maternidade de risco habitual: repensando as práticas e o continuidade do cuidado". Pesquisadora principal Profª. Drª. Elizabeth Bernardino e colaboradoras doutoranda Otília Beatriz Maciel da Silva e enfermeira Denise Jorge Munhoz da Rocha. Será realizado na Maternidade Victor Ferreira do Amaral.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário**

Elaborar uma proposta para repensar as práticas de enfermagem e a continuidade do cuidado da admissão até a alta em uma maternidade de risco habitual na Cidade de Curitiba tendo como base a Teoria do Cuidado Baseado em Forças.

**Objetivos Secundários**

- a) Identificar o perfil das sociodemográfico e obstétrico das pacientes atendidas em uma maternidade de risco habitual.
- b) Delinear o itinerário terapêutico da mulher na maternidade de risco habitual da admissão à alta.
- c) Repensar a prática de enfermagem tendo como fundamentação teórica o Cuidar de Enfermagem baseado nas Forças (Strengths - Based Care - SBC).
- d) Estabelecer os cuidados de transição em cada ponto assistencial visando a continuidade do

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-900

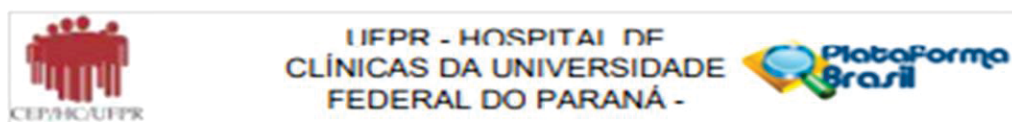
**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-1041

**Fax:** (41)3360-1041

**E-mail:** cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.037.117

Declaração de Pesquisadores	qualificacaodosautores.docx	14/04/2018 09:46:54	OTILIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaocompromissopesquisador.pdf	14/04/2018 09:45:51	OTILIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaousodetados.pdf	14/04/2018 09:44:59	OTILIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaotornarpublicosresultados.pdf	14/04/2018 09:44:22	OTILIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termoconfidencialidade.pdf	14/04/2018 09:43:35	OTILIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	deciconcordancia doservico.pdf	14/04/2018 09:43:10	OTILIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaorientadordoaaluno.pdf	14/04/2018 09:42:49	OTILIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartaencaminhamentopesquisador.pdf	14/04/2018 09:42:22	OTILIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	14/04/2018 09:41:49	OTILIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 25 de Novembro de 2018

Assinado por:  
maria cristina sartor  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181  
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br