

Práticas colaborativas em centros de parto normal: estudo qualitativo com enfermeiros

Collaborative practices in normal delivery centers: a qualitative study with nurses

Práticas colaborativas em centros de parto normal: um estudo qualitativo com enfermeiras

Adriano da Costa Belarmino¹ 
Maria Eunice Nogueira Galeno
Rodrigues¹ 
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira² 
Maria Rocineide Ferreira da Silva¹ 
Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos
Anjos¹ 
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior¹ 

¹ Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, Ceará, Brasil.

² Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, Ceará, Brasil.

Autor correspondente:

Adriano da Costa Belarmino

E-mail: adrian_belarmino@hotmail.com

Como citar este artigo: Belarmino AC, Rodrigues MENG, Vieira LJES, Silva MRF, Anjos SJSB, Ferreira Júnior AR. Práticas colaborativas em centros de parto normal: estudo qualitativo com enfermeiros. Rev. Eletr. Enferm. 2024;26:77017. <https://doi.org/10.5216/ree.v26.77017> Português, Inglês.

Extraído da dissertação de mestrado: "Desafios da gestão e cuidado desenvolvido pelo enfermeiro obstetra em centros de parto normal", defendida em 2020, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Brasil.

Recebido: 18 agosto 2023

Aceito: 20 outubro 2024

Publicado online: 30 dezembro 2024

RESUMO

Objetivo: investigar as experiências de enfermeiros em relação às práticas colaborativas em centros de parto normal, à luz da Sociologia das Profissões. **Métodos:** estudo qualitativo realizado com enfermeiros que atuavam em centros de parto normal do Ceará, Brasil. Foram implementadas entrevistas por meio telefônico no período de abril a julho de 2020 e utilizado o *Software Nvivo*® Pro 12 para organizar as informações por categorização temática. Os resultados foram discutidos com base na Sociologia das Profissões. **Resultados:** participaram 13 enfermeiras do estudo, cujas experiências relatadas deram origem a duas categorias temáticas. A autonomia, o poder de decisão, a autovalorização e a valorização profissional permeiam as práticas colaborativas e a disputa de poder, a falta de confiança da equipe médica na competência dos enfermeiros representam desafios para a implementação de práticas colaborativas. **Conclusão:** apesar de pequenos avanços em autonomia, cooperação e comunicação na assistência ao parto normal, ainda persistem elementos dificultadores dessa forma de atuação, que residem em fenômenos socialmente construídos, o que pode comprometer os resultados para as mulheres e suas famílias.

Descritores: Práticas Interdisciplinares; Relações Interprofissionais; Centros de Assistência à Gravidez e ao Parto; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Objective: to investigate the experiences of nurses in relation to collaborative practices in natural childbirth centers in the light of the Sociology of Professions. **Methods:** qualitative study conducted with nurses who worked in natural childbirth centers in Ceará, Brazil. Telephone interviews were conducted from April to July 2020, and *Nvivo*® Pro 12 software was used to organize the information by thematic categorization. The results were discussed based on the Sociology of Professions. **Results:** thirteen nurses participated in the study, whose experiences gave rise to two thematic categories. Autonomy, decision-making power, self-worth, and professional recognition permeate collaborative practices, and power struggles and the medical team's lack of confidence in the nurses' competence represent challenges for implementing collaborative practices. **Conclusion:** despite small advances in autonomy, cooperation, and communication in natural childbirth care, there are still elements that hinder this form of action, that lie in socially constructed phenomena, which can compromise the results for women and their families.

Descriptors: Interdisciplinary Placement; Interprofessional Relations; Birthing Centers; Nursing Care; Obstetric Nursing.

© 2024 Universidade Federal de Goiás. Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos de licença Creative Commons.



RESUMEN

Objetivo: investigar las experiencias de enfermeras en relación con las prácticas colaborativas en centros de parto normal, a la luz de la Sociología de las Profesiones. **Métodos:** se realizó un estudio cualitativo con enfermeras que trabajaban en centros de parto normal en Ceará, Brasil. Se realizaron entrevistas telefónicas entre abril y julio de 2020 y se utilizó el software Nvivo® Pro 12 para organizar la información por categorización temática. Los resultados fueron discutidos con base en la Sociología de las Profesiones. **Resultados:** participaron 13 enfermeras, cuyas experiencias dieron lugar a dos categorías temáticas. La autonomía, el poder de decisión, la autoestima y la valoración profesional impregnan las prácticas colaborativas, y la lucha de poder y la falta de confianza del equipo médico en la competencia de las enfermeras representan retos para la aplicación de las prácticas colaborativas. **Conclusión:** apesar de los pequeños avances en autonomía, cooperación y comunicación en la atención al parto normal, aún existen elementos que dificultan esta forma de actuación, que residen en fenómenos socialmente construídos, lo que pueden comprometer los resultados para las mujeres y sus familias.

Descriptor: Prácticas Interdisciplinarias; Relaciones Interprofesionales; Centros de Asistencia al Embarazo y al Parto; Atención de Enfermería; Enfermería Obstétrica.

INTRODUÇÃO

A morte materna relacionada ao parto constitui grave problema de saúde pública global. Todo ano morrem cerca de 300.000 mulheres por causas evitáveis da gravidez e parto, sendo 99% delas em países em desenvolvimento, principalmente de regiões do Norte da África, África Subsaariana, Sul da Ásia e América Latina⁽¹⁻³⁾. Essas mortes estão relacionadas principalmente ao número de intervenções desnecessárias tais como a cesariana sem indicação, que não apresenta resultados favoráveis para a mãe e o conceito⁽³⁾.

Objetivando diminuir esses índices, países como Austrália, Inglaterra, República Democrática do Congo e Brasil têm recomendado parto com o mínimo de intervenções, por meio de práticas de cuidado baseadas em evidências científicas, realizadas em outros espaços, tais como os centros de parto normal (CPN). Profissionais de enfermagem capacitados e outros componentes da equipe de saúde atuam de modo colaborativo e contribuem para as ações diárias de cuidado e no enfrentamento de complicações no processo parturitivo^(2,4-6).

No Brasil, a estratégia Rede Cegonha, desde 2011, tem incentivado o desenvolvimento de CPN por meio da atuação de uma equipe de saúde multiprofissional, com destaque para o enfermeiro obstetra como gestor responsável pelo parto e nascimento⁽⁶⁾.

Nessa perspectiva, os CPN são espaços estruturados com ambiência, protocolos e normas específicas, equipe de saúde capacitada e equipamentos direcionados à assistência ao parto de baixo risco, puerpério fisiológico e cuidados com recém-nascido sadio, da admissão à alta, instituídos pela portaria nº 11 de 2015. Por meio dela, está previsto, nesses espaços, a atuação de uma equipe com enfermeiro obstetra, enfermeiro coordenador, um ou dois técnicos de enfermagem e um funcionário de serviços gerais; e outros profissionais, como o médico, têm atuação diante de emergências⁽⁷⁾.

A referida portaria ainda descreve três tipos de CPN: o intra-hospitalar do tipo I e II, que funciona dentro da área hospitalar, e o peri-hospitalar, que fica nas proximidades do hospital. No entanto, o principal destaque em saúde materno-infantil desse instrumento é a utilização de práticas baseadas em evidências científicas que garantem mínimas intervenções, e de garantia de direitos essenciais à saúde da mulher e família por meio de ações profissionais colaborativas⁽⁷⁾.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), as práticas colaborativas interprofissionais envolvem um processo ativo de contato relacional entre indivíduos, com compartilhamento de metas, parceria, interdependência, poder e flexibilidade para colaboração na equipe⁽⁸⁾. No âmbito obstétrico, é definido como o esforço de cooperação entre médicos, enfermeiros obstetras e obstetrizas para compartilhamento de funções, de modo recompensador e direcionado ao cuidado às mulheres e famílias⁽⁹⁾.

Esforços internacionais incentivam o desenvolvimento de práticas colaborativas interprofissionais como instrumento para atingir excelência na atenção em saúde, nos processos de cuidado e na qualidade assistencial⁽⁹⁾. São necessárias atitudes que contribuam para mudança dos processos profissionais em saúde, nos modelos assistenciais e de atenção, voltados para atingir as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável acerca da diminuição de morbidade e mortalidade materno-infantil, assim como atingir o bem-estar e saúde global⁽³⁾.

Apesar de haver diversos estudos acerca de CPN⁽⁴⁻⁶⁾, pouco se sabe sobre as práticas de cuidados baseadas em colaboração em diferentes cenários no Brasil, um país com dimensões continentais, onde o exercício das profissões como prática social pode apresentar particularidades.

Considerando que os CPN foram concebidos como política de saúde pública e de promoção de um modelo

colaborativo que visa diminuir intervenções^(6,10,11) e que podem se delinear diferentes modelos colaborativos em CPN no Brasil, pode ser útil a realização de investigações à luz da Sociologia das Profissões, de Elliot Freidson⁽¹²⁾, para se estudar as nuances que ainda possam impedir práticas colaborativas entre médicos e enfermeiros dentro dos CPN, na perspectiva de autonomia, expertise, credencialismo, prestígio e responsabilidade social dessas categorias.

A presente investigação tem o objetivo de investigar as experiências de enfermeiros em relação a práticas colaborativas em centros de parto normal, à luz da Sociologia das Profissões.

MÉTODOS

O estudo utilizou desenho qualitativo⁽¹³⁾ por análise de conteúdo crítica das experiências dos participantes, com base na Sociologia das Profissões⁽¹²⁾. Para a redação do presente relatório foram seguidas as recomendações do *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)*⁽¹⁴⁾.

Os cenários da presente investigação foram sete CPN intra-hospitalares tipo II e um peri-hospitalar, habilitados pelo Ministério da Saúde do Brasil, localizados no estado do Ceará, Brasil. Os CPN selecionados são espaços de atenção e cuidado materno-infantil para mulheres com gestações de risco habitual, para uma população de 8.452.381 pessoas nas cinco regiões de saúde do estado⁽¹⁵⁾. Equipes colaborativas geridas por enfermeiros obstetras efetuam o cuidado com ações à mulher no trabalho de parto, parto, nascimento e pós-parto com o mínimo de intervenções, por meio de ações humanizadas e baseadas em evidências científicas.

Os critérios de seleção dos informantes-chave foram: atuação mínima de seis meses em um dos CPN selecionados e apresentar pós-graduação em enfermagem obstétrica e/ou neonatal. Os critérios para exclusão foram: não atendimento de ligação telefônica após cinco tentativas com intervalo de dois dias entre cada uma; ausência de resposta por meio do aplicativo de mensagens; desvinculação com o CPN pesquisado no decorrer da coleta de dados da pesquisa.

Devido às restrições impostas pela pandemia de *coronavirus disease* (Covid-19), o contato telefônico foi utilizado como meio para o recrutamento e verificação dos critérios de elegibilidade, por um dos pesquisadores, enfermeiro obstetra, no período de abril a julho de 2020, e pactuação da data de realização da entrevista por via telefônica, na residência do participante. A escolha desse local se deve ao fato de haver maior privacidade e tranquilidade para a expressão dos profissionais.

Um dos autores solicitou e obteve anuência por meio de documento direcionado à Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras do Ceará, Brazil, de uma lista de enfermeiros obstetras da unidade.

Foi convidado por meio de ligação telefônica o primeiro participante, que indicou o segundo, e assim os demais, pela amostragem por bola de neve⁽¹³⁾. Foram alcançados por meio dessa técnica de amostragem 27 enfermeiros atuantes nesses cenários. Desses, 13 aceitaram participar e 14 recusaram. Os motivos alegados foram a falta de tempo e razões institucionais.

O estudo obteve a concordância de todos os participantes antes da entrevista, e foi encaminhado previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por e-mail e por aplicativo de mensagens. Um código de confidencialidade dos participantes foi aplicado, utilizando as letras EO (abreviação de Enfermeira Obstétrica) e número respectivo de cada entrevista realizada.

Um roteiro com oito perguntas abertas guiou a entrevista. Quatro envolviam dados sócio-ocupacionais, e quatro o cuidado no processo de parturição, a saber: “Você poderia falar acerca de sua atuação como integrante de uma equipe no centro de parto normal?”, “Quais práticas de gestão ao parto você realiza no CPN?”, “Que ações de cuidado são desenvolvidas no CPN?” e “Quais práticas de gestão em equipe você realiza no Centro de Parto Normal?”

Foram utilizadas perguntas para melhor aprofundamento, como: “Você poderia discorrer mais acerca disso?” As entrevistas duraram em média 31 minutos, sendo todas audiogravadas e transcritas manualmente por três autores.

A saturação teórica⁽¹⁶⁾ foi aplicada para definição da amostra, sendo atingida na 13ª entrevista.

O *software* Nvivo® (versão Pro 12, 2019, Lumivero, Estados Unidos) foi utilizado para organização dos códigos e categorias temáticas de análise⁽¹⁷⁾. Foram identificados 16 códigos que deram origem a quatro grupos e duas categorias temáticas.

O processo de análise de conteúdo temática foi realizado em seis etapas, conforme modelo adotado⁽¹⁸⁾. A primeira etapa consistiu na familiarização com os depoimentos por meio de leitura, reflexões sobre as falas dos entrevistados e identificação de potenciais códigos e temas. Na segunda etapa, ocorreu a geração dos códigos iniciais, documentação das reuniões com triangulação dos pesquisadores e construção da estrutura de codificação. O próximo passo foi a procura dos temas e realização de anotações que detalhavam o desenvolvimento e hierarquia de conceitos e temas. Esses temas e subtemas foram analisados pelos pesquisadores e as adequações referenciais foram efetuadas no quarto momento. O

quinto passo teve como atividade a triangulação dos pesquisadores, com consenso da equipe sobre temas, finalizando com a documentação da nomenclatura temática. Na última etapa, ocorreu a verificação pelos pesquisadores, por meio de uma descrição completa e detalhada da codificação e sua análise. Esse processo também envolveu a descrição do contexto e geração de um relatório completo da fundamentação teórica, escolhas metodológicas e analíticas⁽¹⁸⁾.

Para a análise dos resultados, foi utilizado o aporte teórico da Sociologia das Profissões de Elliot Freidson⁽¹²⁾. O conceito de autonomia que o autor trabalha envolve as relações de profissionais entre si, com a sociedade e com os profissionais das demais áreas que determinam o controle do trabalho e sua autorregulação, por meio da sociedade, o que envolve o credencialismo e a *expertise*. O conceito de credencialismo envolve a constituição de credenciais ou títulos, realizados por certificações obtidas por meio de associações e organizações educacionais, da constituição de legislação profissional e de conselhos de classe profissionais. O conceito de *expertise* compreende o conhecimento próprio de uma profissão específica, com formação própria e treinamentos adequados. Esses princípios são alicerçados no *status* profissional, na sociedade e Estado⁽¹²⁾.

Em atendimento às diretrizes éticas para realização de pesquisas envolvendo seres humanos⁽¹⁹⁾, o projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual do Ceará. Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 67591117.5.0000.5534.

RESULTADOS

Os participantes apresentavam idade entre 28 e 54 anos, com média igual a 35 anos, todos com pós-graduação em enfermagem obstétrica e neonatal e tempo de atuação profissional entre 2 e 14 anos, com média de 4,69 anos. As características dos participantes foram ilustradas na Tabela 1.

Na análise temática, emergiram duas categorias: *Práticas colaborativas no cotidiano do centro de parto normal* e *Desafios para colaboração entre profissionais no centro de parto normal*. Na primeira categoria, foram descritas competências que se conectam a práticas colaborativas na prática dos CPN, e a segunda categoria buscou salientar alguns desafios que ainda impossibilitam a implementação de práticas colaborativas nesses espaços.

Práticas colaborativas no cotidiano do centro de parto normal

Autonomia, poder de decisão, autovalorização e valorização profissional, integração e humanização do

Tabela 1 - Características sócio-ocupacionais dos enfermeiros obstetras e neonatais, Centros de Parto Normal, Ceará, Brasil, 2020

Código	Sexo	Idade	Tempo de atuação
E001	Masculino	40	02 anos 4 meses
E002	Masculino	38	04 anos
E003	Masculino	29	02 anos
E004	Feminino	30	02 anos 02 meses
E005	Feminino	32	05 anos
E006	Feminino	38	09 anos
E007	Masculino	42	14 anos
E008	Feminino	39	05 anos
E009	Feminino	29	02 anos 8 meses
E010	Feminino	28	03 anos 3 meses
E011	Masculino	32	07 anos
E012	Feminino	32	06 anos
E013	Feminino	54	06 anos

atendimento são elementos presentes nas práticas colaborativas nos centros de parto normal.

Inicialmente, nesta categoria temática, destaca-se a autovalorização dos enfermeiros obstetras e neonatais como profissionais gestores do cuidado em CPN, com características de autonomia profissional, *expertise* e capacidade prática, alinhadas a elementos das boas práticas de atenção ao parto. Esta categoria ainda ressalta a humanização das ações como preconizado na estratégia de atenção materno-infantil “Rede Cegonha”, traduzida pela satisfação de poder realizar o “nascimento sonhado” pela parturiente que recebe os cuidados:

Assim, o enfermeiro tem uma boa atuação, tem um bom nível de atuação nessa parte do parto, haja vista que nós temos um curso de especialidade para isso. Eu noto que o enfermeiro é muito valorizado, o serviço dele é muito útil no centro de parto normal, haja vista que a maioria dos partos é realizada por nós, enfermeiros. (E01) [autonomia, valorização profissional]

Eu acho que temos o papel mais importante dentro da equipe. No CPN que eu trabalho, a equipe é composta por médicos, técnicos de enfermagem e enfermeiros, porém eu acho que o nosso trabalho é o mais importante porque o nosso trabalho é fazer com que essa mulher tenha um parto fisiológico, tenha o parto que sonhou e que se não seja o parto que ela desejou, que eu tente, como profissional treinado e qualificado que eu sou, fazer com que esse parto aconteça da melhor maneira e

da maneira mais próxima do que ela desejou. (EO2) [autonomia, poder de decisão]

Integrante de uma equipe, sim. Acredito que a enfermagem protagoniza o papel da humanização, principalmente da questão também dos métodos não farmacológicos tanto de alívio da dor como de indução do parto. Eu acredito que a enfermagem está mais ligada a esses dois pontos, tanto a parte de humanização do parto quanto a questão do uso dos métodos não farmacológicos. (EO4) [integração, humanização]

Os subtemas da interação e práticas de colaboração entre a equipe de saúde emergiram dos relatos, descrevendo o desenvolvimento de ações entre as profissões médica e de enfermagem de modo colaborativo, com situações que fortalecem a autonomia do enfermeiro obstetra e neonatal, com a construção de confiança, respeito, poder de atuação e relações de trabalho fortalecidas entre enfermeiro obstetra e neonatal, equipe de enfermagem e médico:

A minha interação com a equipe médica é maravilhosa, porque o enfermeiro obstetra, não sei por que, mas nós temos um poder e um respeito muito grande de toda equipe, principalmente da equipe médica, porque somos nós que assumimos literalmente o setor, que somente chamamos o médico se tiver alguma complicação, se identificarmos algum risco para a paciente; e o pediatra, que a gente trabalha em conjunto, praticamente direto, por causa do recém-nascido. Mas a interação médica é maravilhosa, totalmente diferente de uma assistência na emergência geral, nos setores de enfermagem de internação, pelos que eu já passei, e com a equipe de enfermagem nem se fala; maravilhosa, maravilhosa! (EO10) [integração, respeito, confiança]

Outros relatos elencaram os subtemas de poder de decisão, autonomia e comunicação como exemplos de competências para construção de parcerias entre os profissionais nos CPN pesquisados. A comunicação em saúde entre os profissionais permite transpor modelos uniprofissionais, não colaborativos, em direção a modelos mais complexos e colaborativos:

O enfermeiro obstetra, como integrante dessa equipe, conseguiu uma boa relação. Não teve essa coisa de disputa que é comum nas unidades entre o médico, quem faz o quê, onde, não! Nós conseguimos relações de parceria, respeito e autonomia. Então não tinha essa disputa de poder, essa divergência, tinha parceria. Então, isso aí, nós não tivemos problemas em relação a isso, em acei-

tação das condutas do enfermeiro obstetra, até porque, antes de colocar, eu mostrava pra direção técnica o que íamos fazer, que a partir de então, nós trabalhávamos em parceria [...] (EO7) [relação interpessoal, respeito, poder de decisão, comunicação]

Nós temos uma facilidade, porque os profissionais estão muito presentes. Se você quer tirar uma dúvida, se você quer uma avaliação de um profissional médico, ele já está ali ao lado. Logicamente que tem seus momentos também de dificuldades; é como todo serviço, às vezes você tem muita cirurgia, que você tem dificuldade de ocupar um obstetra ali, no momento que você necessite, mas isso são particularidades que todo serviço tem. E, de forma geral, nós temos uma boa comunicação entre a equipe tanto de médicos como de enfermeiros. (EO2) [comunicação, confiança]

Outros pontos temáticos descreveram o relacionamento interpessoal entre os profissionais da equipe de saúde por meio da construção de confiança entre equipe médica e de enfermagem, assim como o poder de atuação desenvolvido pelo enfermeiro obstetra no CPN relacionado às atividades de cuidado ao parto:

Eu não tenho dificuldade de relacionamento com a equipe. Nós conseguimos nos ajudar, ter um desenvolvimento mútuo. Conseguimos nos envolver e ofertar um trabalho de qualidade, e eu acho que é isso que eu prezo. Uma assistência de qualidade para nossas puérperas, parturientes, o que nós tivermos no CPN. Eu acho que a interação de equipe mesmo é boa, não tenho dificuldade de relacionamento interpessoal, pelo contrário. (EO9)[relação interpessoal, confiança]

Nós coordenamos a equipe de enfermagem, tanto na maternidade como no centro de parto, sempre orientando das normas e rotinas do hospital e junto à equipe médica. Lá, graças a Deus, quando falamos assim: “não nasce!”. Eles acatam bastante, têm muita confiança no nosso trabalho. (EO6) [liderança, coordenação, confiança, respeito]

Desafios para colaboração entre profissionais no centro de parto normal

Nesta categoria temática, um dos participantes descreveu a dificuldade de integração entre o médico e o enfermeiro obstetra e neonatal que ainda é encontrada para o desenvolvimento das ações de cuidado, que reflete na fragilidade de cooperação na atenção obstétrica nos CPN estudados. A cooperação é uma das habilidades necessárias para que as práticas colaborativas ocorram:

Nós trabalhamos, depende muito da equipe, certo? Tem algumas se der pra trabalharmos realmente em equipe. E a própria equipe sente-se gratificante quando eu estou, porque eu realmente dou uma resolução, tanto da parte da assistência como da parte administrativa, porque você sabe que acabamos administrando como um todo, e acaba sendo gratificante mesmo. (EO13) [diversidade na equipe]

Similarmente, outro subtema destacou as barreiras dependentes das equipes de saúde atuantes para conseguir autonomia no desenvolvimento de boas práticas de atenção ao parto e nascimento. A disputa do poder de atuação das ações de cuidado ao parto promove fragilidades nas práticas colaborativas. Avanços significativos foram percebidos na construção de confiança; no entanto, também há limitações dependentes de cada profissional, especialmente entre médicos e enfermeiros obstetras e neonatais, decorrentes da disputa de poder entre essas categorias profissionais:

Depende muito do plantonista, da equipe do dia, é muito variável, mas nós já conseguimos avançar bastante. Hoje nós temos certa autonomia, eles já respeitam mais. Nós já temos essa questão de “é um risco habitual, eu estou acompanhando”. Então, quando tem alguma coisa assim, comunicamos somente, mas eles acompanham suspeitando nossos passos, mas isso é muito de plantonista, mas a grande maioria já conseguiu ter essa autonomia, na grande maioria das vezes. (EO8) [disputa de poder, desconfiância]

Nós temos a questão de dois leitos do CPN, que são separados para CPN, só que por ser uma maternidade de alto risco e por ter também a questão das residências tanto de medicina como de enfermagem, acaba ficando não muito bem delimitado, porque é um espaço só. Não é um CPN separado, é aquele que fica dentro de um espaço só. Então, assim, nós acompanhamos o trabalho de parto, a evolução com anotações no partograma, assistência ao trabalho de parto mesmo, puerpério imediato. (EO8) [atuação profissional do enfermeiro]

DISCUSSÃO

Com os depoimentos dos enfermeiros obstetras e neonatais foi possível perceber que, embora estejam presentes algumas práticas aliadas à cooperação como interação, autonomia, confiança e liderança, não ocorrem efetivamente práticas colaborativas nas experiências de cuidado no parto e nascimento nos CPN pesquisados.

Práticas colaborativas estão aliadas à educação interprofissional, modelos de saúde com alta governança e qualidade nos serviços de saúde para indivíduos, famílias e comunidades⁽⁸⁾.

O cuidado ao parto e nascimento entre os enfermeiros obstetras, neonatais e médicos atuantes no CPN apresentam ainda fragilidades, e demandam maiores avanços na colaboração entre esses profissionais. Esses resultados estão em conformidade com um estudo sobre colaborações no cuidado intraparto entre obstetras e médicos, que evidenciou atuações paralelas que convergiram para fracos resultados⁽²⁰⁾.

O presente estudo enfatiza que autonomia e confiança são exigidos para que se possa avançar no desenvolvimento de práticas colaborativas; no entanto, os relatos também demonstraram que não há uma consolidação nesse aspecto.

Para alcançar a implementação de práticas colaborativas, é necessário o desenvolvimento de modelos de governança, de estratégias de comunicação, políticas de apoio e de resolução de conflitos para atendimento de excelência e melhorias dos resultados de saúde.

Em relação à autonomia de atuação profissional, Freidson⁽¹²⁾ afirma que, nas profissões, em geral, ocorre uma autonomia superficial, na qual o grupo profissional realiza a sua autorregulação, garantida pela sociedade.

Profissões corporativas como a medicina se destacam por sua autonomia técnica, corpo de conhecimentos próprios, prestígio e influência, enquanto a enfermagem seria uma semiprofissão⁽¹²⁾. Esses elementos também podem contribuir para as dificuldades ainda existentes entre essas profissões para o desenvolvimento de práticas colaborativas.

No Brasil, a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem nº 7.498 desde 1986 legitimou o enfermeiro obstetra como profissional responsável pelo cuidado ao trabalho de parto, parto e nascimento⁽⁶⁾. Por sua vez, a formação do enfermeiro obstetra no Brasil, assim como em outros países, ocorreu por meio de cursos de pós-graduação direcionadas ao cuidado de gestações de risco habitual, baseada nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento, e alinhada com as recomendações da OMS^(6,21).

Essas credenciais formativas conferidas por cursos de pós-graduação são essenciais para o desenvolvimento das práticas de atenção ao parto e nascimento, e lhe confere o *status* necessário para destaque na sociedade⁽¹²⁾.

No entanto, é importante destacar que essa legitimação de uma classe profissional para a enfermagem obstétrica alcançou visibilidade de política de Estado por meio da implantação da estratégia Rede Cegonha e da eleição do enfermeiro obstetra como responsável pela

gestão dos CPN em 2015. Essa legitimação e destaque não ocorrem somente no Brasil, mas também internacionalmente quando organizações como as Nações Unidas e OMS têm incentivado a inclusão de enfermeiros obstetras no manejo do parto de risco habitual^(21,22).

Nos relatos, o conhecimento dos cuidados dirigidos à assistência ao parto e aos recém-nascidos efetuados por enfermeiras obstetras e neonatais representa autoridade numa área em pleno desenvolvimento no Brasil e em outros países, o que contribui para melhorar o cuidado às mulheres, nos indicadores de saúde materno-infantil, na construção da categoria profissional de enfermagem e da formação da equipe de saúde de modo colaborativo^(6,23-25). A colaboração entre profissionais na assistência ao parto legitima que o destaque obtido pelo enfermeiro obstetra e neonatal no cenário do parto não pode ser alcançado, senão por meio de construção de integrações e confiança em sua atuação com outras categorias profissionais, como discorre Friedson⁽¹²⁾.

Nesse campo, as competências profissionais da enfermeira obstétrica e neonatal são elementos importantes para promover o seu poder de ação no seio da equipe de saúde e, conseqüentemente, qualificam suas práticas no desempenho das atividades e o poder de decisão em face das intercorrências no processo de parto^(26,27). Os participantes deste estudo elencaram algumas competências como cooperação e habilidades como tomada de decisão na assistência ao parto, mas também descreveram restrições na habilidade de comunicação e confiança dentro da equipe. Outrossim, foi evidenciada neste estudo a necessidade de construção de relações fortalecidas baseadas no respeito mútuo, especialmente com a categoria médica.

Na análise dessa problemática, as fracas colaborações entre médicos e enfermeiros são fenômenos que implicam um risco acrescido para as mulheres e recém-natos sobre os seus cuidados. Diante disso, é importante ultrapassar hierarquias profissionais e concentrar-se no crescimento colaborativo da equipe de saúde por meio de elementos de compromisso, construção de segurança e confiança⁽²⁸⁾. Nessa premissa, um estudo efetuado no Brasil acerca da prevalência do modelo tecnocrático obstétrico corrobora essas afirmativas. Ele descreveu que ocorrem conflitos na prática obstétrica, preconceitos e falta de habilidade profissional associados a deficiências na integração profissional e no âmbito prático, que colaboram para esse modelo de saúde ser prevalente⁽²⁹⁾.

Acerca das profissões em geral, Friedson descreveu que o credencialismo de uma profissão emerge das suas credenciais formadas por meio de cursos de pós-graduação, de sua legislação e de associações de classe. A realização de pré-requisitos para qualificação profissional são

essenciais, como ter realizado no mínimo 15 consultas de enfermagem pré-natais, 20 partos com acompanhamento completo do trabalho de parto, parto e puerpério, e 15 atendimentos ao recém-nascido⁽⁶⁾ e de sua constituição como classe profissional por meio da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras do Ceará. Essas ações determinam habilidades e competências que afirmam a confiança construída na equipe de saúde e possibilita a construção de práticas colaborativas principalmente com a categoria médica.

No entanto, é importante destacar que os estudos de Freidson pontuam a exigência de dois atributos minimamente para definição de uma profissão como a medicina: o corpo de conhecimentos e a orientação para o ideal de serviços, com a existência de um mercado de trabalho inviolável⁽¹²⁾. Se não há confiança, autonomia e poder de decisão, as práticas de cuidado se tornam fragilizadas. É nesse ponto que a enfermagem obstétrica procura avançar, assumindo competências e habilidades próprias fornecidas por cursos de pós-graduação e residências, e assumindo prestígio na sociedade como enfermeiros totalmente capacitados para realização de partos de risco habitual⁽⁶⁾.

Objetivando alcançar melhores resultados nos cuidados obstétricos e neonatais para além de construir confiança, recomenda-se mudanças como a compreensão das origens educacionais de cada componente dentro da equipe, em cada área de prática e na filosofia profissional de cada um. Isso é importante quando realizado no início das formações educacionais de cada profissão^(20,30). A OMS recomenda uma mudança de cultura nas instituições de saúde, com a educação interprofissional e a implementação das práticas colaborativas para que ocorram os avanços em sistemas de saúde⁽⁸⁾.

A educação interprofissional para integração de enfermeiros obstetras, neonatais e médicos pode melhorar a comunicação, interação e cooperação dentro da equipe, consideradas atitudes e habilidades para um cuidado obstétrico e neonatal qualificado durante o processo parturitivo^(9,20). Além disso, mecanismos curriculares, estratégias de comunicação efetiva para garantir serviços de saúde de excelência e integração do sistema de saúde e educação podem contribuir para a melhoria do bem-estar e da saúde da mulher e família durante a experiência do parto^(6,8).

Outros fatores levantados pelos participantes deste estudo são as diferenças significativas entre os múltiplos grupos profissionais. O estatuto profissional representa a posição de autoridade tanto técnica como jurídica na divisão do trabalho de uma profissão^(12,20). Vale a pena assinalar que enfermeiras e parteiras são as componentes mais numerosas da força de trabalho em saúde em

muitos países e podem contribuir para a cobertura universal da saúde, mas devem superar obstáculos para seu funcionamento eficaz⁽³¹⁾. A autonomia e a colaboração interprofissional são elementos que precisam ser expandidos e melhorados como elementos essenciais das práticas colaborativas para serviços de excelência, com o risco de comprometimento de ações ampliadas em saúde e limitações nos resultados em saúde materno-infantil^(32,33).

Destarte, e conforme as análises aqui apresentadas, a autonomia é uma qualidade que confere poder à profissão da enfermagem, possibilitando *status* profissional conforme o controle estatal e da sociedade^(6,12,22). A autonomia profissional que se exige para determinação de ações pautadas na ética, direcionadas às necessidades das mulheres e na garantia de bem-estar, qualidade de vida e respeito conforme as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, exige, para além de ética profissional, o desenvolvimento de um corpo de saberes, do profissionalismo e a organização do trabalho para determinação de ações profissionais legítimas^(3,7,34).

E ainda, os depoimentos listaram a formação profissional por meio de especializações em enfermagem obstétrica e neonatal como um requisito de aptidões e desenvolvimento de competências necessárias para atuar perante as mulheres em processos de trabalho e outros cuidados dentro do CPN. Para Freidson, a necessidade de especialização e credencialismo, bem como a diferenciação dentro do grupo, pode ser explicada pelas exigências do mercado de trabalho, que necessita de profissionais com maior especialização e perícia para o desenvolvimento de atividades de trabalho⁽¹²⁾.

Internacionalmente, a inserção de enfermeiros obstetras e neonatais atuando de modo colaborativo em CPN tem obtido redução de resultados inesperados e desfavoráveis no processo de parto como a indicação de cesariana, além de contribuir para melhoria da satisfação das mulheres, da qualidade dos cuidados e demonstrando a importância desses profissionais na rede de saúde de cada país. República Democrática do Congo, Austrália, Inglaterra, Gana, Holanda, entre outros países, demonstraram a diminuição da mortalidade materno-infantil associada às ações desses profissionais nos cuidados^(2,4,5,23,27).

No contexto brasileiro, a importância da enfermeira obstétrica e neonatal nos CPN tem sido observada nos últimos anos, uma vez que essa profissional é responsável por sua linha de cuidado. Por meio da instituição da política de saúde materno-infantil da Rede Cegonha, o Estado brasileiro tem estimulado a expansão do mercado profissional para essa categoria e sua relevância na

mudança dos processos de cuidados e da atenção à saúde materno-infantil^(6,7).

Contudo, é importante salientar que as contribuições das práticas de colaboração dentro desses espaços são elementos que promovem mudanças significativas nos modelos de saúde global. Os modelos colaborativos dentro da equipe em que enfermeiras obstetras e neonatais são inseridas estão associados a melhores resultados relacionados com o parto vaginal, parto vaginal após cesariana, amamentação, além da diminuição das taxas de cesariana, prematuridade, baixo peso ao nascer e morte neonatal⁽³³⁾.

A construção da confiança é outro aspecto destacado nos relatos dos enfermeiros obstetras e neonatais entrevistados como uma das premissas definidas na profissão de enfermagem obstétrica, em que o profissional possui os conhecimentos específicos na sua área de especialização para o desenvolvimento de ações de cuidados obstétricos e neonatais, para determinar o momento de intervenção no trabalho e as competências de cada um, bem como as suas limitações. Ademais, a comunicação em saúde é outro elemento-chave para a colaboração médico-enfermeiro e a definição de ações importantes para mudar conceitos, rotinas e modelos frágeis de saúde⁽⁶⁾.

Analisando essas colocações, as fracas relações em certos momentos destacados entre os membros da equipe representam obstáculos à construção de práticas colaborativas. Como elemento responsável pelos cuidados e gestão do CPN, o enfermeiro deve ser legalmente formado para desempenhar essas funções e possuir competências para construir a sua identidade profissional. Adicionalmente, os obstáculos e limitações ao pleno desenvolvimento das atividades de trabalho, tais como os conflitos, também contribuem para a redução dos resultados e a necessidade de superação⁽⁶⁾. Destaca-se que dificuldades de atuação entre profissionais da equipe de saúde foram percebidas, por exemplo, na pandemia de Covid-19, com melhorias significativas na humanização do parto, tomada de decisão e alcance de metas realizados entre os profissionais da equipe⁽³⁵⁾.

Acerca das limitações encontradas neste estudo, resalta-se a técnica de contato por meio telefônico para entrevista por conta da pandemia de Covid-19, que trouxe inconvenientes a respeito do tempo disponibilizado para explicação dos objetivos e leitura do termo de consentimento livre e esclarecido referente a pesquisa, para posterior participação. No entanto, essa técnica possibilitou contato com participantes de CPN de toda a região do Ceará, permitindo conhecer esses instrumentos implantados, potencialidades e desafios.

CONCLUSÃO

As experiências dos enfermeiros nas práticas colaborativas em centros de parto normal, conforme a análise da Sociologia das Profissões, ainda necessitam de avanços, como, por exemplo, na autonomia das ações no cuidado obstétrico, embora haja credenciais e expertise que potencializem a área da enfermagem obstétrica e neonatal, e avanços nas práticas em saúde na atenção ao parto e nascimento, descritas através da cooperação e comunicação em saúde.

Financiamento

Esta pesquisa não recebeu apoio financeiro.

Conflito de interesses

Nenhum.

Contribuições dos autores - CRediT

ACB: concepção; curadoria de dados; análise formal de dados; investigação; metodologia; administração do projeto; software; visualização; escrita – rascunho original e escrita - revisão e edição.

MENGR: curadoria de dados; análise formal de dados; visualização; escrita – rascunho original e escrita - revisão e edição.

LJESV: supervisão; validação; visualização; escrita – rascunho original e escrita - revisão e edição.

MRFS: supervisão; validação; visualização; escrita – rascunho original e escrita - revisão e edição.

SJSBA: supervisão; validação; visualização; escrita – rascunho original e escrita - revisão e edição.

ARFJ: concepção; investigação; metodologia; administração do projeto; software; supervisão; validação; visualização; escrita – rascunho original e escrita - revisão e edição.

REFERÊNCIAS

1. Van den Broek N, Ameh C, Madaj B, Makin J, White S, Hemming K, et al. Effects of emergency obstetric care training on maternal and perinatal outcomes: a stepped edge cluster randomised trial in South Africa. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2019 Nov 09 [cited 2023 July 26];4(6):e001670. Available from: <https://gh.bmj.com/content/4/6/e001670>
2. Baba A, Martineau T, Theobald S, Sabuni P, Raven J. Using data to support evidence-informed decisions about skilled birth attendants in fragile contexts: a situational analysis from Democratic Republic of the Congo. *Hum Resour Health*. 2020 Oct 29;18:82. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00511-w>
3. World Health Organization (WHO). Trends in maternal mortality: 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF,

UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Executive Summary [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327596/WHO-RHR-19.23-eng.pdf>

4. Scarf VL, Viney R, Yu S, Foureur M, Rossiter C, Dahlen H, et al. Mapping the trajectories for women and their babies from births planned at home, in a birth centre or in a hospital in New South Wales, Australia, between 2000 and 2012. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019 Dec 21;19:513. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2584-0>

5. Rayment J, Rance S, McCourt C, Sandall J. Barriers to women's access to alongside midwifery units in England. *Midwifery*. 2019 June 22;77:78-85. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.06.010>

6. Ferreira Júnior AR, Brandão LCS, Teixeira ACMF, Cardoso AMR. Potencialidades e limitações da atuação do enfermeiro no Centro Parto Normal. *Esc Anna Nery*. 2020 Oct 07;25(2):e20200080. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0080>

7. Portaria Nº 11 do Ministério da Saúde, de 7 de janeiro de 2015 (BR) [Internet]. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. *Diário Oficial da União*. 2015 Jan 7. [cited 2023 Apr 03]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html

8. World Health Organization (WHO). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice [Internet]. 2010. [cited 2020 Sept 15]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70185>

9. Baecher-Lind L, Fleming AC, Bhargava R, Cox SM, Everett EN, Forstein DA, et al. Enhancing interprofessional collaboration and interprofessional education in women's health. *Med Educ Online*. 2022 Aug 04;27(1):2107419. <https://doi.org/10.1080/10872981.2022.2107419>

10. Lopes GDC, Gonçalves AC, Gouveia HG, Armellini CJ. Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após Rede Cegonha. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019 Apr 29;27:e3139. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2643-3139>

11. Zaiden L, Nakamura-Pereira M, Gomes MAM, Esteves-Pereira AP, Matos CP, Barros LA, et al. Obstetric interventions in a maternity hospital with a collaborative model of care: a comparative observational study. *Ciênc saúde coletiva*. 2022 Jan 02;27(7):2741-52. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.20632021>

12. Freidson E. Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política. São Paulo: Edusp; 2023.
13. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14th ed. São Paulo: HUCITEC; 2014.
14. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 Sept 14;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Panorama Ceará [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 28]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/panorama>
16. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant*. 2017 Sept 14;52:1893-907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
17. Maher C, Hadfield M, Hutchings M, Eyto A. Ensuring rigor in qualitative data analysis: A design research approach to coding combining NVivo with traditional material methods. *Int J Qual Methods*. 2018 July 10;17(1). <https://doi.org/10.1177/1609406918786362>
18. Nowell LS, Norris JM, White DE, Moules NJ. Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *Int J Qual Methods*. 2017 Oct 02;16(1). <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
19. Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR) [Internet]. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 2012 Dec 12 [cited 2020 Aug 10]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
20. Chodzaza E, Mbiza C, Gadama L, Kafulafula U. Midwives' and Medical professionals' perspectives of collaborative practice at Queen Elizabeth Central Hospital Maternity Unit, Malawi: The discovery phase of an appreciative inquiry Project. *Malawi Med J*. 2020 Mar 31;32(1):13-8. <https://doi.org/10.4314/mmj.v32i1.4>
21. World Health Organization (WHO). WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018 Feb 7. [cited 2020 Dec 7]. Available from: <https://www.who.int/publications/item/9789241550215>
22. United Nations Population Fund, International Confederation of Midwives, World Health Organization (WHO). The state of the world's midwifery 2014: a universal pathway - a woman's right to health. New York: UNPF; 2014.
23. Wellfens K, Derisbourg S, Costa E, Englert Y, Pintiaux A, Warnimont M, et al. The "Cocoon," first alongside midwifery-led unit within a Belgian hospital: Comparison of the maternal and neonatal outcomes with the standard obstetric unit over 2 years. *Birth*. 2020;47(1):115-22. <https://doi.org/10.1111/birt.12466>
24. Ohene LA, Acheampong AK, Dzansi G, Kyei J, Adjei CA, Adjorlolo S, et al. The Image of Nurses and Midwives in Ghana: Patient and Family Perspectives. *Glob Qual Nurs Res*. 2022 Nov 20;9. <https://doi.org/10.1177/23333936221137584>
25. Colomar M, Mora FG, Betran AP, Opiyo N, Bohren MA, Torloni MR, et al. Collaborative model of intrapartum care: qualitative study on barriers and facilitators to implementation in a private Brazilian hospital. *BMJ Open*. 2021 Dec 16;11(12):e053636. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053636>
26. Castro IR, Melo MCP, Morais RJL, Santos ADB. Partejar de primíparas: reflexos na amamentação. *Rev enferm UERJ*. 2019 Dec 13;27:e43354. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.43354>
27. Santos FAPS, Enders BC, Brito RS, Farias PHS, Teixeira GA, Dantas DNA, et al. Autonomy for obstetric nurse on low-risk childbirth care. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2019 July 22;19(2):471-9. <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000200012>
28. Cronie D, Rijnders M, Jans S, Verhoeven CJ, de Vries R. How good is collaboration between maternity service providers in the Netherlands? *J Multidiscip Healthc*. 2018 Dec 24;12:21-30. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S179811>
29. Backes MTS, Carvalho KM, Ribeiro LN, Amorim TS, Santos EKA, Backes DS. The prevalence of the technocratic model in obstetric care from the perspective of health professionals. *Rev Bras Enferm*. 2021 Aug 16;74(suppl 4):e20200689. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0689>
30. Avery MD, Jennings JC, Germano E, Andrighetti T, Autry AM, Dau KQ, et al. Interprofessional Education Between Midwifery Students and Obstetrics and Gynecology Residents: An American College of Nurse-Midwives and American College of Obstetricians and Gynecologists Collaboration. *J Midwifery Womens Health*. 2020 Jan 21;65(2):257-64. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13057>
31. Mendes IAC, Silva IR, Ventura CAA, Almeida EWS, Silva MCN. Nursing Now Brazil Campaign: alignments with global evidence for the development of national nursing. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021 Nov 12;42(spe):e20200406. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200406>
32. Ajuebor O, McCarthy C, Li Y, Al-Blooshi SM, Makhanya N, Cometto G. Are the Global Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery 2016–2020 being implemented in countries? Findings from a cross-sectional analysis. *Hum Resour Health*. 2019 July 12;17:54. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0392-2>
33. Fox H, Callander E, Lindsay D, Topp S. Evidence of overuse? Patterns of obstetric interventions during labour and birth among Australian mothers. *BMC Pregnancy*

Childbirth. 2019 July 04;19:226. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2369-5>

34. Vedam S, Stoll K, MacDorman M, Declercq E, Cramer R, Cheyney M, et al. Mapping integration of midwives across the United States: Impact on access, equity, and outcomes. PLOS ONE. 2018 Feb 21;13(2):e0192523. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192523>

35. Leal CA, Lima MM, Sonaglio BB, Costa R, Wilhelm LA, Drews MP. Atenção ao parto e puerpério durante a pandemia de COVID-19: implicações na humanização do cuidado. Rev Eletr Enferm. 2023 May 05;25:73786. <https://doi.org/10.5216/ree.v25.73786>