

Autonomia profissional na condução de intercorrências: discurso de enfermeiras obstétricas atuantes em parto domiciliar planejado

Professional autonomy in dealing with complications: discourse of obstetric nurses working in planned home births
Autonomía profesional en el enfrentamiento de las complicaciones: discurso de enfermeros obstétricas que actúan en partos domiciliarios planificados

Natália Webler¹

ORCID: 0000-0003-4215-3526

Lilian Conceição Guimarães de Almeida¹

ORCID: 0000-0001-6940-9187

Jordana Brock Carneiro¹

ORCID: 0000-0002-7496-852X

Luana Moura Campos¹

ORCID: 0000-0001-5671-1977

Tanila Amorim Glaeser¹

ORCID: 0000-0002-0487-6013

Telmara Menezes Couto¹

ORCID: 0000-0001-6836-8563

Samara Garcia de Lima¹

ORCID: 0000-0002-8764-0435

Ingrid Bonfim Silva¹

ORCID: 0000-0002-8490-2823

¹Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

¹SobreParto - Coletivo de Assistência ao Parto de Salvador, Salvador, Bahia, Brasil.

Como citar este artigo:

Webler N, Almeida LCG, Carneiro JB, Campos LM, Glaeser TA, Couto TM, et al. Professional autonomy in dealing with complications: discourse of obstetric nurses working in planned home births. Rev Bras Enferm. 2023;76(2):e20220388. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0388pt>

Autor Correspondente:

Natália Webler

E-mail: natii.webler@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa

EDITOR ASSOCIADO: Ana Fátima Fernandes

Submissão: 27-07-2022

Aprovação: 15-11-2022

RESUMO

Objetivo: compreender o exercício da autonomia profissional de enfermeiras obstétricas na condução de intercorrências em parto domiciliar planejado. **Métodos:** trata-se de um estudo qualitativo, amparado no referencial metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo, cuja coleta de dados se deu no período de janeiro a março de 2021, por meio de entrevistas guiadas por roteiro semiestruturado, das quais participaram sete enfermeiras obstétricas integrantes em um coletivo de assistência ao parto do Nordeste do Brasil e que atuam no contexto domiciliar. **Resultados:** emergiram dos discursos coletivos quatro ideias centrais relacionadas ao exercício da autonomia profissional de enfermeiras obstétricas: decisões compartilhadas; instrumentalização teórico-prática; expertise profissional; e trabalho em equipe. **Considerações finais:** a autonomia das enfermeiras obstétricas diante das intercorrências reflete a segurança do parto domiciliar planejado e está pautada no pensamento crítico coletivo, reforçando o protagonismo desta profissional na atuação em obstetria. **Descritores:** Autonomia Profissional; Enfermeiras Obstétricas; Parto Domiciliar; Emergências; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to understand the exercise of professional autonomy by obstetric nurses in dealing with complications in planned home births. **Methods:** this is a qualitative study, supported by the Discourse of the Collective Subject methodological framework, whose data collection took place from January to March 2021, through interviews guided by a semi-structured script, in which seven midwives who are members of a childbirth care collective in northeastern Brazil and who work in the home context participated. **Results:** four central ideas emerged from the collective discourses related to the exercise of professional autonomy by obstetric nurses: shared decisions; theoretical-practical instrumentalization; professional expertise; and teamwork. **Final considerations:** obstetric nurses' autonomy in the face of complications reflects the safety of planned home births and is based on collective critical thinking, reinforcing this professional's leading role in obstetrics. **Descriptors:** Professional Autonomy; Nurses Midwives; Home Childbirth; Emergencies; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: comprender el ejercicio de la autonomía profesional de las matronas en el manejo de las complicaciones en los partos domiciliarios planificados. **Métodos:** se trata de un estudio cualitativo, sustentado en el marco metodológico del Discurso del Sujeto Colectivo, cuya recolección de datos ocurrió de enero a marzo de 2021, a través de entrevistas guiadas por un guión semiestructurado, en el que participaron siete parteras integrantes de un colectivo de atención al parto en el Nordeste de Brasil y que actúan en el contexto domiciliario. **Resultados:** surgieron cuatro ideas centrales de los discursos colectivos relacionados con el ejercicio de la autonomía profesional de las matronas: decisiones compartidas; instrumentalización teórico-práctica; experiencia profesional; y trabajo en equipo. **Consideraciones finales:** la autonomía de las enfermeras obstétricas frente a las complicaciones refleja la seguridad de los partos domiciliarios planificados y se basa en el pensamiento crítico colectivo, reforzando el papel de este profesional en obstetricia. **Descriptorios:** Autonomie professionnelle; Enfermeras Obstetricas; Parto Domiciliario; Urgencias Médicas; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A consolidação da enfermagem, bem como o trabalho das enfermeiras obstétricas (EO), sofreu influências do patriarcado, do capitalismo e, concomitantemente, da lógica hospitalar e medicalocêntrica, o que impactou a constituição da autonomia profissional. Nesse sentido, impulsionadas pelo desejo de mudanças do contexto obstétrico contemporâneo e da organização profissional existente no mesmo, as EO identificam no contexto do parto domiciliar planejado (PDP) um espaço favorável para sua atuação autônoma, o que requer preparo, principalmente, para agir frente às intercorrências.

Desde a propulsão do capitalismo, em meados do século XVI, o funcionamento dos hospitais segue uma lógica produtivista. Do mesmo modo, o trabalho em enfermagem, ao ser institucionalizado, foi impactado por esse sistema⁽¹⁻²⁾. As funções desenvolvidas pelas enfermeiras nesse espaço tinham um caráter manual, atribuídas aos afazeres domésticos, seguindo a tendência industrial da época de baixos salários e longas jornadas de trabalho⁽³⁾. Somado a isso, o pouco reconhecimento social desse trabalho também esteve atrelado à estrutura patriarcal que imperava à época, reforçando a subserviência do trabalho feminino (figura da enfermeira - mulher) perante a dominação do sexo masculino (figura do médico - homem)⁽⁴⁾.

De forma semelhante, o contexto da assistência obstétrica foi marcado pela transição do cenário domiciliar dos partos para o ambiente hospitalar, o que visava, seguindo ideais capitalistas, aumentar a quantidade de partos atendidos diariamente para acelerar a produtividade⁽⁵⁻⁷⁾. Nesse contexto, até hoje, é fortalecido o movimento de patologização do parto no imaginário social, que passa a ser entendido como uma situação em que a mulher se encontra fragilizada e em sofrimento, demandando, portanto, assistência do médico e sua equipe subordinada para abreviar o tempo desse evento através de intervenções e salvaguardar sua vida e a do feto⁽⁸⁻¹⁰⁾. Com isso, são estruturados mecanismos de controle sobre o corpo das mulheres, reverberando no comprometimento da autonomia e autoconfiança feminina e hostilização das parteiras tradicionais e demais mulheres envolvidas no nascimento⁽⁸⁻¹¹⁾.

Essa realidade se perpetua até os dias de hoje, direcionando a assistência obstétrica a um modelo hospitalocêntrico pautado na hegemonia médica. No cenário brasileiro, especificamente, as EO, na maioria das instituições, incluindo maternidades, têm a sua autonomia limitada, sobretudo por estarem subordinadas a uma equipe médica⁽¹²⁻¹⁴⁾. Tal realidade se contrapõe ao que está evidenciado na literatura científica e às orientações da Organização Mundial da Saúde, que apontam para os melhores experiências materno-fetais dos partos assistidos por EO, associadas, principalmente a um menor número de intervenções e realização de boas práticas⁽¹⁵⁻²⁰⁾.

Apesar da divulgação desses estudos, e também de campanhas e estratégias, nos âmbitos nacional e internacional, que reconhecem os benefícios da atuação das EO no cenário do parto e o incentivam, essas profissionais ainda não conseguiram alcançar espaço para a sua atuação autônoma na maioria dos hospitais públicos e privados brasileiros⁽¹²⁻¹⁴⁾. Essas pautas também são abordadas nos movimentos pela humanização dos momentos

do parto e nascimento, sendo a assistência da enfermagem obstétrica uma estratégia possível para a desospitalização e desmedicalização desses eventos fisiológicos⁽²¹⁻²²⁾. Assim, há uma tendência crescente de PDP no Brasil, corroborando com o modelo vigente em países desenvolvidos, cenário no qual as EO vêm se consolidando enquanto profissionais capacitadas e respaldadas pelos seus conselhos⁽²³⁻²⁵⁾.

Dessa forma, o cenário do PDP configura-se enquanto uma expansão da área de atuação das EO. Entretanto, embora seja uma opção segura para gestantes de risco habitual, intercorrências maternas e fetais podem acontecer durante o evento do parto e nascimento, o que requer conhecimentos específicos e *expertise* prática para atuação. Dessa forma, é de suma relevância compreender como se dá o exercício autônomo da enfermagem obstétrica diante dessas situações adversas, que demandam tomadas de decisão e condutas assertivas.

OBJETIVO

Compreender o exercício da autonomia profissional de EO na condução de intercorrências em PDP.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, estando em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Salienta-se que, previamente ao início da coleta dos dados, as pesquisadoras responsáveis, juntamente às participantes, realizaram a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

É importante informar que, neste referido momento, todas as participantes foram esclarecidas acerca dos objetivos da pesquisa, bem como dos riscos e benefícios da participação na mesma. Além disso, também foram informadas quanto à gravação das falas e posterior transcrição do áudio com total preservação do anonimato da identidade. Para o sigilo dos dados, os nomes das entrevistadas foram substituídos por um código composto pela sigla EO, que representa enfermeira obstétrica, seguida por um algarismo arábico aleatório, como EO1, EO2. Cientes dessas informações, as profissionais procederam à assinatura do documento.

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa. Para a elaboração do mesmo, as pesquisadoras utilizaram dos pressupostos elaborados por Lefèvre e Lefèvre, que compõem a metodologia intitulada Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), ancorados na Teoria das Representações Sociais⁽²⁶⁾. A utilização dessas referências teórico-metodológicas possibilita alcançar a representação social acerca de uma temática, preservando a esfera individual em um discurso coletivo⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Destaca-se que o atendimento ao *checklist* do instrumento *CConsolidated criteria for REporting Qualitative research* (COREQ) foi uma prioridade das pesquisadoras durante todo o transcurso

da pesquisa, considerando a sua importância para o primor organizacional do trabalho, atrelando-se à confiabilidade da intervenção e qualidade do material.

Cenário do estudo

O cenário do estudo foi um coletivo de assistência ao parto que realiza assistência ao PDP em toda região metropolitana e está situado uma capital do Nordeste brasileiro, sendo esse um grupo de médicas e EO que se autointitulam como “coletivo” diante da filosofia de trabalho em que pautam sua prática, voltada para princípios como a transdisciplinaridade e horizontalidade.

Fonte dos dados

As pesquisadoras, intencionalmente, elegeram como participantes do estudo EO que atendiam aos critérios de inclusão pré-estabelecidos, como ser integrante de um coletivo de parto, atuar na assistência ao PDP e ter experienciado intercorrências nesse cenário. Salienta-se que nenhuma das participantes se encaixaram nos critérios de exclusão, como afastamento do trabalho no coletivo ou não comparecimento, por três vezes consecutivas, à entrevista agendada.

Coleta, organização e análise dos dados

Inicialmente, as pesquisadoras, via contato telefônico, convidaram as participantes, tendo obtido aceite de sete EO, as quais compuseram o grupo de entrevistadas. Após essa etapa, a partir de novembro de 2019, as pesquisadoras iniciaram a aproximação ao coletivo por meio da participação como ouvintes das reuniões científicas semanais e também dos espaços de pré-natal coletivo por elas realizados. Com isso, foi possível conhecer o trabalho desenvolvido pelo coletivo de parteiras (médicas e EO) e estabelecer vínculo com elas, o que favoreceu a segurança para sua participação no estudo.

As entrevistas individuais em profundidade foram realizadas durante os meses de janeiro e março de 2021, utilizando a plataforma virtual *Google Meet*. Vale destacar que a pandemia de COVID-19, que marca o período, exige o distanciamento social e, portanto, a virtualização das entrevistas. Esses momentos foram conduzidos por duas pós-graduandas, membros da equipe de pesquisadoras que possuíam experiência prévia na realização de pesquisas qualitativas. Para a condução desses momentos, as pesquisadoras utilizaram como apoio um roteiro previamente estruturado contendo questões objetivas, referentes à caracterização das profissionais, e subjetivas, para investigar o objeto de pesquisa, as quais foram norteadas pela seguinte indagação: como se dá o exercício da sua autonomia profissional na condução de intercorrências no cenário do PDP?

As entrevistas, cuja duração média foi de 40 minutos, tiveram seu conteúdo transcrito na íntegra por graduandas do curso de enfermagem envolvidas no projeto e previamente capacitadas para essa atividade. As falas das entrevistadas foram transcritas, e o seu conteúdo, validado pelas pesquisadoras responsáveis pela condução da investigação, e, em seguida, enviado para que as participantes também pudessem atestar a veracidade do mesmo.

Para organização e categorização dos dados, foi utilizado o referencial metodológico do DSC. Conforme pressupostos elaborados por Lefèvre e Lefèvre, as opiniões expressas pelas participantes dizem respeito a conhecimentos socialmente elaborados, trazendo em seu bojo uma representação daquilo que é pensado por uma coletividade⁽²⁶⁾. Buscando desvelar essa realidade, as pesquisadoras sistematizaram os depoimentos por meio do agrupamento de falas individuais que traziam em sua essência as mesmas expressões-chave. Essa etapa possibilitou às pesquisadoras uma organização inicial das falas e a apropriação do seu conteúdo, sucedendo, então, à identificação dos sentidos traduzidos de maneira homogênea pelas expressões-chaves, alcançando, assim, as ideias centrais síntese (ICS) expressas em seu conteúdo e reagrupando os trechos das entrevistas por semelhança e/ou complementaridade⁽²⁶⁻²⁷⁾.

A partir do cumprimento das operações supracitadas, considerando as EO como sujeitos coletivos, visto que estão inseridas em um grupo social, é possível afirmar que a categorização das entrevistas permitiu a elaboração de DSC, redigidos na primeira pessoa do singular, bem como a identificação das representações sociais por eles trazidos⁽²⁷⁾. Dessa forma, esses discursos funcionam como espelho social, uma vez que neles estão contidos significados, sentidos e posicionamentos da sociedade acerca de uma temática⁽²⁶⁻²⁸⁾, que, no caso do presente estudo, trata-se do exercício da autonomia da EO na condução de intercorrências no cenário do PDP. Posteriormente, essas informações foram interpretadas e discutidas com base na literatura científica atual.

RESULTADOS

As participantes do estudo foram sete EO, com idades entre 25 e 40 anos, cuja média é de 32 anos e em sua maioria autodeclaradas pardas/pretas. Quanto à formação em obstetrícia, cinco das entrevistadas realizaram especialização e duas residência. Do total, seis EO possuem vínculo com instituições de assistência ao parto, como maternidade e centro de parto normal. Destaca-se que uma das profissionais referiu nunca ter trabalhado no modelo institucional, a qual possui o tempo de dez anos atuando na obstetrícia, que se deu integralmente no cenário do PDP. Sobre o tempo médio de inserção dessas profissionais no coletivo, ressalta-se que esse esteve na faixa de três anos, sendo próximo do tempo médio de formação em obstetrícia, que é de cinco anos, apontando que, em geral, as profissionais passaram a integrá-lo logo após ou pouco tempo depois de finalizar a pós-graduação.

A partir dos discursos coletivos, as EO revelam que o exercício da autonomia profissional perpassa pela tomada de decisões compartilhadas, instrumentalização teórico-prática, *expertise* profissional e trabalho em equipe, conforme expresso nas ICS que seguem:

ICS 1 - Decisões compartilhadas

O discurso coletivo revelou que as construções de conhecimento e acordos firmados no pré-natal com a mulher e os demais envolvidos no cenário do PDP contribuem para o exercício da autonomia das EO no processo de assistência às intercorrências. Esclarecidos quanto aos riscos, é estabelecida uma corresponsabilização necessária para a tomada de decisões compartilhadas.

Durante o pré-natal, desde o primeiro encontro, vamos construindo um vínculo e trabalhando a corresponsabilização com a mulher e com quem for estar no parto. Explicamos sobre as intercorrências mais frequentes e as possibilidades de atuação frente a cada uma. Se, durante a assistência, ocorrer uma dessas situações, as mulheres têm mais facilidade em entender o que está acontecendo e tomar uma decisão em conjunto com a equipe. Também enviamos para elas artigos, protocolos e termos de consentimentos e discutimos eles durante as consultas. Tudo isso reforça a corresponsabilização e nos deixa mais seguras para atuarmos. Sabemos que as intercorrências podem se agravar, mas a segurança que nos dá autonomia e que tranquiliza as gestantes está no conhecimento científico que compartilhamos e na experiência prática da equipe. (DSC1 - EO1, EO2, EO4, EO5, EO7)

ICS 2 - Instrumentalização teórico-prática

O exercício da autonomia profissional, conforme apontado pelas EO, perpassa pela capacitação e constante atualização teórico-prática, baseadas em evidências científicas atuais que lhes instrumentalizam para atuar frente às intercorrências. O acesso a essas evidências se dá pela participação em cursos, eventos, ações de educação continuada do próprio coletivo que integram, bem como busca de material científico e compartilhamento de vivências com outros profissionais que atuam em PDP.

A gente usa o que tem de evidência científica, não temos um trabalho engessado por protocolos institucionais. O mais importante é estarmos capacitados para identificar e reverter as situações em tempo hábil, para ter um desfecho positivo, seja estabilizando e resolvendo na própria casa ou transferindo. Buscamos o aperfeiçoamento e atualização contínua. Nas discussões de casos que realizamos dentro do coletivo, conseguimos compreender as visões das diferentes classes profissionais acerca da assistência que realizamos e, com isso, somamos saberes. Participamos de cursos teóricos e práticos em emergências obstétricas e neonatais, que abrangem diferentes temáticas, como hemorragia pós-parto, prolapso de cordão, reanimação e outras situações que possam vir a se apresentar com a mulher ou com o recém-nascido. Para trazer mais qualidade para a assistência, vamos em eventos que abordam inovações e estudos científicos atuais, onde também trocamos experiências com profissionais que atuam no PDP em outros lugares. (DSC2 - EO1, EO2, EO3, EO4, EO6)

ICS 3 - Expertise profissional

As EO desvelam, ainda, em seus discursos, que a experiência prática prévia, adquirida nos anos de atuação profissional, confere segurança para o exercício da sua autonomia perante às intercorrências no cenário do PDP. Tais vivências apuram o olhar das profissionais perante ao que foge o fisiológico, o que as permite antecipar situações adversas.

Primeiramente, aprendi que segurança está na autonomia de não intervir no curso fisiológico do parto. O fato de trabalhar há anos com assistência a partos domiciliares permite que eu tenha uma percepção rápida quando algo está saindo do fisiológico. Têm situações e fatores de risco que me deixam alerta e, assim, consigo me antecipar à intercorrência. Trabalhando em uma casa de parto, consigo ter contato com inúmeras situações que exigem uma

atuação rápida da equipe, que é formada, majoritariamente, por enfermeiras obstétricas, e levo os aprendizados dessas vivências para os partos domiciliares. Considero essencial dominar protocolos e condutas, bem como ter todos os recursos materiais necessários para a assistência e saber utilizá-los. Para se sentir segura nas tomadas de decisões em um PDP, acho importante uma aproximação prévia com essa realidade, sendo supervisionada pela equipe, inicialmente. (DSC2 - EO2, EO3, EO4, EO5, EO6, EO7)

ICS 4 – Trabalho em equipe

A coletividade expressa no discurso denota que a sincronia entre as condutas durante a assistência às intercorrências confere segurança à profissional, essencial para o exercício pleno da autonomia. Isso acontece por meio do alinhamento das condutas, geralmente realizado nas discussões sistemáticas em equipe, e da horizontalidade, um dos princípios da assistência em PDP.

A outra parteira que está no PDP precisa estar alinhada comigo, ter propriedade sobre o que está acontecendo e dominar o processo de trabalho diante uma intercorrência, porque isso nos dá segurança para exercer a autonomia. Trabalhamos muito com a comunicação não verbal. Durante uma intercorrência materna, percebi nosso trabalho sincronizado como uma dança, em que nós sabíamos os passos a seguir: uma preparou a medicação, a outra instalou o soro, depois elevou as pernas, enquanto eu fazia a massagem uterina. O trabalho em sincronia é totalmente proporcional à segurança da assistência e economiza tempo. No nosso trabalho, uma dá força para a outra e, juntas, exercemos a nossa autonomia. Quando estamos no domicílio, mesmo em equipe multiprofissional, não há hierarquia, mas uma horizontalidade, diferente do que percebemos nas instituições. As discussões de casos de intercorrências nas reuniões semanais de equipe são oportunidades de trabalharmos a horizontalidade e reforçarmos a autonomia das profissionais. (DSC4 - EO1, EO3, EO4, EO6, EO7)

DISCUSSÃO

O discurso coletivo aponta que o exercício da autonomia das EO durante a condução das intercorrências no cenário do PDP está atrelado ao compartilhamento das decisões com a mulher. Isso se dá a partir da construção de um vínculo entre as partes, o que facilita o estabelecimento de uma relação de confiança, contribuindo para os diálogos acerca das possibilidades de atuação diante de condições que fujam do esperado, inclusive quando há necessidade de transferência⁽²⁸⁾. Nesse sentido, estando todos cientes dos riscos e benefícios de cada conduta, é construída uma corresponsabilização entre a equipe e a família pelas decisões tomadas e os seus desfechos.

Para a construção dessa corresponsabilização, a equipe de PDP precisa acolher as questões da subjetividade que envolvam medos e inseguranças da gestante e familiares acerca dos processos de parto e nascimento, auxiliando-a no seu empoderamento para que tome decisões informadas⁽²⁹⁻³¹⁾. A respeito do compartilhamento de informações durante o pré-natal, é fundamental referir que esse deve ser feito de maneira livre, distanciando-se de um caráter tendencioso e/ou impositivo, para focar, na verdade, no alumiar das ideias, possibilidades e aprimoramento do senso crítico, contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões

informadas por parte das gestantes, o que pode inclusive protegê-las de vivenciar expressões da violência obstétrica⁽²⁹⁻³⁰⁾. Dessa forma, tem-se a essencialidade das consultas de pré-natal, espaços em que a figura da enfermeira tem sido apontada como um facilitador desse processo⁽³⁰⁻³²⁾.

Nesse acompanhamento, as gestantes são orientadas quanto à importância da leitura de estudos científicos de qualidade e também protocolos e termos de consentimentos, o que contribui para suscitar uma discussão nas consultas e, assim, favorece a compreensão e domínio de todo o processo⁽³³⁾. Assim, pode-se estabelecer uma relação de confiança entre os envolvidos, uma vez que a equipe está alinhada com a realidade daquela família, e essa se encontra ciente quanto às condutas que poderão ser tomadas pelas profissionais durante a assistência, o que cria um espaço favorável para o exercício da autonomia por parte das EO^(30,32-34). Considerando que as situações adversas, em sua maioria, apresentam um contexto de emergência, em que não há tempo para ponderações, sobressai-se ainda mais a relevância das construções e estabelecimento de acordos durante o pré-natal.

Dialogar sobre as intercorrências com as mulheres de maneira embasada possibilita às profissionais individualizar a assistência, o que ocorre por meio da avaliação e planejamento de cuidados que se adaptam às particularidades de cada família⁽³²⁻³⁵⁾. No cenário do PDP, isso é facilitado, uma vez que o dimensionamento dos recursos humanos se dá em um modelo de 2:1, ou seja, duas parteiras para um binômio, sendo que o acompanhamento desses profissionais se estende do pré-natal até o puerpério⁽³⁵⁻³⁷⁾. É válido salientar que, na realidade do âmbito do Sistema Único de Saúde, há obstáculos para a individualização dessa assistência, o que pode ser superado com a implementação do plano de parto, podendo ser construído com a gestante durante as consultas de pré-natal na Atenção Primária à Saúde e sendo respeitadas as possibilidades das maternidades⁽³⁸⁻³⁹⁾.

É importante ressaltar que isso só é possível diante do preparo teórico-prático da equipe em espaços de aprendizado, sendo fundamentais o domínio das condutas obstétricas preconizadas e o conhecimento das evidências científicas disponíveis^(13,34-36). Essa instrumentalização, associada à possibilidade de atuar sem protocolos rígidos, diferente do que ocorre no contexto hospitalar, são fatores que favorecem a autonomia profissional no manejo frente às intercorrências no PDP e impactam diretamente na qualidade da assistência prestada⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾. O atendimento prestado pela profissional está diretamente relacionado, dentre outras coisas, com a sua satisfação e bem-estar pessoal, que resulta de um ambiente de trabalho confortável à efetivação da sua autonomia profissional, como também com o domínio do seu processo de trabalho^(12,14,40).

Pontua-se, entretanto, que não há protocolos oficiais estabelecidos para a assistência às intercorrências no contexto do domicílio, o que demanda das profissionais a elaboração de protocolos que, em geral, são adaptados da assistência institucional e podem variar a partir de especificidades das equipes⁽⁴¹⁻⁴³⁾. Destaca-se também que as adaptações necessárias nos protocolos podem perpassar pela inexistência de sistema formal de referência e contrarreferência, sobretudo atrelados ao Sistema Único de Saúde, para as situações adversas que demandem transferências hospitalares, de maneira que os planos operacionais para esses casos, previamente

estabelecidos no planejamento do parto domiciliar, podem sofrer modificações nas diferentes localidades do país⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾.

Diante dessa realidade, as EO reconhecem a importância de constante atualização e ampliação dos seus conhecimentos teóricos, sobretudo por meio da participação em eventos, cursos teórico-práticos e discussões de casos em equipe, bem como através do ato de compartilhar experiências com profissionais que atendem ao PDP em outros lugares^(41-42,46). Soma-se a isso a possibilidade de ampliação da visão sobre a assistência a partir das discussões de casos, uma vez que agrega os diferentes pontos de vista de cada classe profissional que compõe o coletivo.

A limitação de acesso a informações sobre a possibilidade de PDP durante a graduação e, sobretudo, nos processos de formação profissional na área obstétrica, que é um reflexo do preconceito cultural com a temática, fragilizam o reconhecimento das profissionais quanto a essa possibilidade de assistência⁽⁴¹⁻⁴²⁾. Diante dessa realidade, recomenda-se que as profissionais que desejam atuar nesse modelo de assistência, para além de agregar conhecimentos teóricos atualizados e experiência profissional na assistência obstétrica, busquem também equipes já atuantes e com experiência na vivência de assistência ao parto nesse cenário^(36,40-42). A respeito disso, no cenário brasileiro, tem-se um trabalho pioneiro, realizado na cidade do Recife, Pernambuco, intitulado "Projeto Parteria Urbana: Capacitação em Atenção ao Parto Domiciliar", de carga horária teórico-prática, cujo objetivo é a capacitação de EO, obstetrizas, entre outros profissionais, para o acompanhamento de gestantes e família no PDP amparado por evidências científicas e pressupostos da humanização⁽⁴⁷⁾.

As competências e habilidades necessárias para essa atuação e, concomitantemente, para o exercício pleno da autonomia, estão associadas à capacidade de detectar em tempo hábil às situações que fogem ao fisiológico, antecipando-se frente à possibilidade de intercorrência, e de atuar rapidamente em prol da resolução rápida e efetiva, tanto em para resolver no próprio domicílio quanto para realizar a estabilização para uma transferência. Isso reafirma a máxima de que o domínio sobre seu processo de trabalho está diretamente associado ao exercício pleno da autonomia das EO^(12-13,16,40-41). Nessa seara, também é fundamental dispor de recursos materiais para reverter situações que se apresentam, como instrumental cirúrgico, medicações, *kit* de reanimação, e, principalmente, reconhecer a necessidade e o momento ideal de sua utilização, bem como saber manejá-los de forma adequada^(25,46).

Isso não quer dizer, entretanto, conforme sinalizado no discurso coletivo, que há uma necessidade de intervir na fisiologia do parto, de maneira que não se pode confundir a autonomia profissional para intervir, quando necessário, com um abuso de poder e, assim, desencadear uma cascata de condutas invasivas, repercutindo em um desfecho negativo dessa vivência para a mulher e seu(sua) filho(a)⁽⁴⁸⁾. Na realidade de profissionais com vivência pregressa em instituições hospitalares, onde intervenções desnecessárias são rotineiras, pode se fazer necessária uma desconstrução das práticas assistenciais^(41-42,46). A respeito disso, profissionais que trabalham em hospitais apontam o PDP como espaço de aprofundamento da compreensão da fisiologia do parto, com potencial transformador da percepção acerca do evento e, sobretudo, da forma de atuar no cenário obstétrico⁽⁴⁹⁾.

Salienta-se que a dinâmica de trabalho no PDP também é diferenciada no que se refere à prevalência da horizontalidade entre as integrantes da equipe, bem como o alinhamento prévio das condutas a serem adotadas. Essa característica agrega bem-estar e satisfação para equipe, favorecendo a motivação do profissional em seu ambiente de trabalho⁽⁴⁰⁾ e que, portanto, implica desfechos positivos na assistência domiciliar. Nesse sentido, algumas estratégias de educação permanente que oportunizem esse diálogo e construção coletiva do conhecimento devem ser priorizadas⁽⁵⁰⁾, a exemplo das discussões de casos em equipe, como ocorre atualmente no referido coletivo de parto.

Nessa perspectiva de trabalho, torna-se possível alcançar um exercício da autonomia profissional em coletividade, inclusive em equipe multiprofissional, uma vez que essa assistência distancia o trabalho da enfermeira da subordinação e favorece a sincronia nas ações dos profissionais^(12-14,35) durante a condução das intercorrências. Esse trabalho conjunto, por vezes, dispensa a comunicação verbal, tornando mais ágil a tomada de decisões e, assim, a resolução do problema. Estudo revela que a comunicação não verbal entre seres humanos é tão importante quanto a linguagem falada, pois as expressões corporais desempenham um papel essencial e significativo no processo de comunicação⁽⁵¹⁾, sendo que, na obstetrícia, esse tipo de interação ocorre também entre EO e parturiente, fundamental para o alcance da sintonia⁽⁵²⁾ e, com isso, para lidar com os processos de decisão.

Ressalta-se que o trabalho realizado em equipe favorece o exercício da autonomia profissional, uma vez que soma saberes e que os profissionais sabem que podem contar com apoio emocional e teórico de outras colegas para a condução da assistência^(40,53), inclusive frente às intercorrências. Assim, é possível afirmar que essa atuação em coletivo se configura enquanto um diferencial no cenário PDP, uma vez que é a partir da interação entre as profissionais que se agrega segurança à tomada de decisões e se reforça o protagonismo e plenitude da autonomia de quem está à frente dessa assistência nessas circunstâncias: as EO.

Limitações do estudo

Considerando que a assistência ao PDP pode variar de acordo com a região do país, sobretudo por não haver protocolos de atuação federais institucionalizados, o estudo limita-se a transpor resultados emergentes das experiências frente às intercorrências relatadas por EO de um único coletivo de PDP.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde, ou política pública

A pesquisa traz contribuições para a área da obstetrícia e para a enfermagem, ao reforçar a importância da autonomia das EO nos seus diferentes espaços de atuação, considerando suas capacidades e competências, sobretudo diante de intercorrências, como hemorragia pós-parto, prolapso de cordão e reanimação. Além disso, chama atenção para a imprescindibilidade de espaços para a preparação teórico-prática dessas profissionais para atuarem no cenário domiciliar, incluindo durante pós-graduação. Salienta-se que, nessa seara, é fundamental também a incorporação das diretrizes teóricas sobre essa temática ainda durante a graduação,

de maneira a sensibilizar os discentes, desde então, acerca do caráter fisiológico dos processos de parto e nascimento, sendo a experiência positiva nestes eventos diretamente relacionadas com a autonomia das profissionais atuantes e, sobretudo, das mulheres e famílias que os vivenciam, em um processo de corresponsabilização pelas decisões a serem tomadas.

Somado a isso, a pesquisa se mostra inovadora também ao apresentar à obstetrícia a viabilidade do PDP, apontando que a atuação neste cenário constitui um movimento de mudança contra hegemônico, o que requer maior divulgação acerca da sua potencialidade. Ressalta-se também que, do ponto de vista da saúde pública, os achados deste estudo consolidam o modelo de assistência preconizado em documentos das políticas públicas elaboradas pelo Ministério da Saúde, uma vez que é embasado por evidências científicas e está alinhado com os princípios da humanização do parto e nascimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo despontou que as EO exercem a sua autonomia desde o momento em que compartilham com a mulher e familiares as tomadas de decisões frente às intercorrências. Esse processo, que se dá a partir da construção de vínculo e de diálogos embasados teoricamente, faz com que a mulher adquira segurança sobre o modelo PDP e pela equipe, condição *sine qua non* para que seja firmada uma relação de corresponsabilização e, assim, o coletivo de parto também se sinta seguro para atuar na assistência à família. Essa relação entre mulher-equipe é amparada pela busca incessante das EO por evidências científicas atuais, bem como seu aprimoramento prático, que lhes confere *expertise* para atuar frente às intercorrências. Salienta-se ainda que a autonomia dessas profissionais também é reflexo da parceria entre elas e do sentimento de pertencimento a uma coletividade.

Diante do exposto, os discursos denotam a expansão da atuação profissional das EO, que advém da categoria tradicional das parteiras que, por longos anos, exerceram a sua autonomia no domicílio no Brasil, mas que, com o tempo, foi se distanciando desta em virtude da lógica hegemônica medicalocêntrica. Assim, o estudo avança, ao trazer à tona a retomada deste local de assistência coletiva, porém com maior grau de autonomia, inclusive no que se refere à condução de intercorrências no PDP, o que influencia diretamente na qualidade do cuidado prestado à mulher e ao recém-nascido.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos às parteiras que participaram do estudo por contribuírem para o avançar da ciência acerca do parto domiciliar planejado.

CONTRIBUIÇÕES

Webler N, Almeida LCG, Carneiro JB, Campos LM e Glaeser TA contribuíram com concepção ou desenho do estudo. Webler N, Almeida LCG, Carneiro JB, Campos LM, Glaeser TA, Lima SG e Silva IB contribuíram com análise e/ou interpretação dos dados. Webler N, Almeida LCG e Couto TM contribuíram com a revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Melo CMM. Divisão Social do Trabalho e Enfermagem. São Paulo: Cortez Editora; 1986. 96p.
2. Dutra HS. Divisão social do trabalho e enfermagem. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(11):4161-63. <https://doi.org/10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201643>
3. Melo CMM, Carvalho CA, Silva LA, Leal JAL, Santos TA, Santos HS. Nurse workforce in state services with direct management: revealing precarization. *Esc Anna Nery*. 2016;20(3):e20160067. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160067>
4. Cunha YFF, Sousa RR. Gênero e enfermagem: um ensaio sobre a inserção do homem no exercício da enfermagem. *Rev Adm Hosp Inov Saúde*. 2016;13(3):140-9. <https://doi.org/10.21450/rahis.v13i3.4264>
5. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2001 [cited 2021 Apr 25];75(Suppl-1):S5-S23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11742639/>
6. Pimentel C, Rodrigues L, Müller E, Portella M. Autonomia, risco e sexualidade: a humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. *Rev Estud AntiUtilitaristas e Pós-Coloniais* [Internet]. 2014 [cited 2021 Apr 25];4(1):166-85. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/realis/article/view/8813/8788>
7. Cheyney M, Davis-Floyd R. *Birth in Eight Cultures*. Long Grove (IL): Waveland Press; 2019. 266p.
8. Ehrenreich B, English D. *Witches, Midwives & Nurses: a history of women healers*. New York: Feminist Press; 2010. 112p.
9. Vasconcelos PP, Andrade BBF, Araújo KEAS, Medeiros HHA, Costa MSO, Correia MB, et al. Social media as a source of knowledge for the process of normal delivery. *Cogitare Enferm*. 2020;25:e70061. <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.70061>
10. Pereira FM. *Parteiras, Medicina e Ciência: políticas do parto e diálogos necessários na atenção à saúde da mulher*. São Paulo: Editora Dialética; 2020. 113p.
11. Reis TLR, Padoin SMM, Toebe TFP, Paula CC, Quadros JS. Women's autonomy in the process of labour and childbirth: integrative literature review. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(1):e64677. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64677>
12. Saad DEA, Riesco MLG. Autonomia profissional da enfermeira obstétrica. *Rev Paul Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 22];29(1-2-3):11-20. Available from: <http://repen.com.br/revista/wp-content/uploads/2018/11/Autonomia-profissional-da-enfermeira-obst%C3%A9trica.pdf>
13. Costa RLM, Costa ILS. Um ponto de resistência: enfermagem, medicina e gênero no contexto hospitalar. *Cad Esp Fem*. 2017;30(2):357-66. <https://doi.org/10.14393/CEF-v30n2-2017-20>
14. 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;19(2):471-9. <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000200012>
15. Leal MS, Moreira RCR, Barros KCC, Servo MLS, Bispo TCF. Humanization practices in the parturitive course from the perspective of puerperae and nurse-midwives. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(Suppl 4):e20190743. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0743>
16. Duarte MR, Alves VH, Rodrigues DP, Souza KV, Pereira AV, Pimentel MM. Care technologies in obstetric nursing: contribution for the delivery and birth. *Cogitare Enferm*. 2019;24:e54164. <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.54164>
17. Alves TTM, Paixão GPN, Fraga CDS, Lírio JGS, Oliveira FA. Role of the obstetric nurse in the development of labor and delivery. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2018;7(1):41-50. <https://doi.org/10.18554/reas.v7i1.2282>
18. Silva LAT, Fonseca VM, Oliveira MIC, Silva KS, REG, Gama SGN. Professional who attended childbirth and breastfeeding in the first hour of life. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(2):e20180448. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0448>
19. World Health Organization (WHO). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 23]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=2C44ECC791E3A77B166C635E470A5B78?sequence=1>
20. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Organização Mundial da Saúde (OMS). OMS define 2020 como ano internacional dos profissionais de enfermagem e obstetria [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 23]. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6092:oms-define-2020-como-ano-internacional-dos-profissionais-de-enfermagem-e-obstetria&Itemid=844
21. Lima PVSF, Soares ML Fróes GDR, Machado JR, Santos SM, Alves ED. Liga de humanização do parto e nascimento da Universidade de Brasília: relato de experiência. *Rev Gestão Saúde*. 2015;6(3):2783-98. <https://doi.org/10.18673/gsv6i3.22415>
22. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). VII Marcha pela Humanização do Parto reforça importância de informação [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 23]. Available from: http://www.cofen.gov.br/vii-marcha-pela-humanizacao-reforca-importancia-da-informacao-para-seguranca-do-parto_75169.html
23. Cursino TP, Benincasa M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(4):1433-43. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.13582018>
24. Denipote AGM, Lacerda MR, Nascimento JD, Tonin L. Parto Domiciliar Planejado no Brasil: onde estamos e para onde vamos? *Res, Soc Dev*. 2020;9(8):e837986628. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6628>

25. Conselho Regional de Enfermagem (Coren-SC). Parecer Técnico COREN/SC nº 023/CT/2016. Parto Domiciliar Planejado [Internet]. Florianópolis, 14 dez 2016 [cited 2021 May 20]. Available from: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/PT-023-2016-Parto-Domiciliar-Planejado.pdf>
26. Lefevre F, Lefevre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educ; 2005.
27. Lefevre F, Lefevre AMC. [Discourse of the collective subject: social representations and communication interventions]. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(2):502-7. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000000014> Portuguese.
28. Fox D, Sheehan A, Homer C. Birthplace in Australia: processes and interactions during the intrapartum transfer of women from planned homebirth to hospital. *Midwifery*. 2018;57:18-25. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.022>
29. Venâncio DL. Comunicar em saúde com foco na humanização do atendimento à gestante e puérpera. *Rev Pensar Acad*. 2021;19(2):392-406. <https://doi.org/10.21576/pa.2021v19i2.2024>
30. Kottwitz F, Gouveia HG, Gonçalves AC. Route of birth delivery preferred by mothers and their motivations. *Esc Anna Nery*. 2018;22(1):e20170013. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0013>
31. Gomes CBA, Dias RS, Silva WGB, Pacheco MAB, Sousa FGM, Loyola CMD. Prenatal nursing consultation: narratives of pregnant women and nurses. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20170544. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0544>
32. Dias BR, Oliveira VAC. Pregnant women perception on nursing care during habitual risk prenatal. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2019;9:e3264. <https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.3264>
33. Rabelo ARM, Silva KL. Care of the self and power relations: female nurses taking care of other women. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(6):1204-14. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0021>
34. Clemons JH, Gilkison A, Mharapara TL, Dixon L, McAra-Couper J. Midwifery Job Autonomy in New Zealand: I do it all the time. *Women Birth*. 2021;34(1):30-7. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.004>
35. Oliveira TR, Barbosa AF, Alves VH, Rodrigues DP, Dulfe PAM, Maciel VL. Assistance to planned home childbirth: professional trajectory and specificities of the obstetric nurse care. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29:e20190182. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0182>
36. Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 697: Planned Home Birth. *Obstet Gynecol*. 2017;129(4):e117-e122. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002024>
37. Collaço VS, Santos EKA, Souza KV, Alves HV, Zampieri MF, Gregório VRP. Give birth and be born in new times: care provided in the puerperium by the Hanami Team. *REME Rev Min Enferm*. 2016;20:e949. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20160018>
38. Gomes RPC, Silva RS, Oliveira DCC, Manzo BF, Guimarães GL, Souza KV. Delivery plan in conversation circles: women's choices. *REME Rev Min Enferm*. 2017;21:e-1033. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170043>
39. Silva ALNV, Neves AB, Sgarbi AKG, Souza RA. Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. *Rev Enferm UFSM*. 2017;7(1):144-51. <https://doi.org/10.5902/2179769222531>
40. Bonfada MS, Moura LN, Soares SGA, Pinno C, Camponogara S. Autonomia do enfermeiro no ambiente hospitalar. *Enferm Brasil* [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 20];17(5):527-34. Available from: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1503/4149>
41. Santos LM, Mata JAL, Vaccari A, Sanfelice CFO. Trajectories of obstetric nurses in the care of planned home childbirth: oral history. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42(spe):e20200191. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200191>
42. Mattos DV, Vandenberghe L, Martins CA. Motivation of midwives for household childbirth plans. *Rev Enferm UFPE*. 2014;8(4):951-9. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i4a9765p951-959-2014>
43. Koettker JG, Bruggemann OM, Freitas PF, Riesco MLG, Costa R. Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03371. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017034003371>
44. Valinho PB, Zveiter M, Mouta RJO, Seibert SL, Marques SC. The difficulties of planned home birth in Brazil: a systematic review. *RSD*. 2021;10(7):e45910716540. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16540>
45. Pascoto GS, Tanaka EZ, Fernandes LCR, Shimo AKK, Sanfelice CFO. Difficulties in home birth care from the perspective of obstetric nurses. *Rev Baiana Enferm*. 2020;e36633. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.36633>
46. Mattos DV, Vandenberghe L, Martins, CA. The obstetric nurse in a planned household birth. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(2):568-75. <https://doi.org/10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201625>
47. Conselho Regional de Enfermagem (Coren-SP). Projeto multidisciplinar em Recife (PE) capacita profissionais de saúde em atenção ao parto domiciliar [Internet]. 2012 [cited 2021 Apr 26]. Available from: <https://portal.coren-sp.gov.br/noticias/projeto-multidisciplinar-em-recife-pe-capacita-profissionais-de-saude-em-atencao-ao-parto-domiciliar/>
48. Palharini LA. Autonomia para quem? o discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. *Cad Pagu*. 2017;49:e174907. <https://doi.org/10.1590/18094449201700490007>
49. Coddington R, Catling C, Homer C. Seeing birth in a new light: the transformational effect of exposure to homebirth for hospital-based midwives. *Midwifery*. 2020;88:102755. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102755>
50. Lima F, Martins CA, Mattos DV, Martins KA. Permanent health education as a strengthening of obstetric nursing. *Rev Enferm UFPE*. 2018;12(2):391-7. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a23550p391-397-2018>

51. Padua LBO, Reinert Junior AJ. A importância da comunicação não verbal para uma liderança organizacional eficiente. *Rev Cientif Multidisc Núcleo Conhecimento*. 2020;6(8):97-105. <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/comunicacao/lideranca-organizacional>
 52. Oliveira PS, Couto TM, Gomes NP, Campos LM, Lima KTRS, Barral FE. Best practices in the delivery process: conceptions from nurse midwives. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(2):455-62. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0477>
 53. Amorim T, Araújo ACM, Guimarães EMP, Diniz SCF, Gandra HM, Cândido MCRM. Perception of obstetrical nurses on the care model and practice in a philanthropic maternity hospital. *Rev Enferm UFSM*. 2019;9(e30):1-19. <https://doi.org/10.5902/2179769234868>
-