

ARTÍCULO ORIGINAL

Enfermería obstétrica autónoma: experiencias y responsabilidades relacionadas con la construcción de la atención prenatal

HIGHLIGHTS

1. La asistencia obstétrica debe priorizar la atención humanizada.
2. Reconocer los derechos de la mujer es un deber del profesional obstétrico.
3. Se debe valorar la conducta multiprofesional en el seguimiento del embarazo.
4. Es necesario comprender la singularidad de la vida de cada mujer embarazada.

Carine Amabile Guimarães¹ 
Vanessa de Souza Aquino¹ 

RESUMEN

Objetivo: Comprender la construcción de la atención prenatal por parte de las enfermeras obstétricas autónomas, teniendo en cuenta sus experiencias, retos y aprendizajes profesionales. **Método:** Estudio descriptivo con enfoque cualitativo, en el que participaron siete enfermeras obstétricas autónomas de diferentes regiones de Brasil, con al menos un año de experiencia. La recopilación de datos se llevó a cabo en septiembre de 2024, seguida de la transcripción y el análisis de las entrevistas en noviembre de 2024. Los datos, obtenidos mediante entrevistas en línea, se transcribieron e interpretaron mediante análisis de contenido. **Resultados:** Se observó que el acompañamiento brindado por las enfermeras obstétricas prioriza a la mujer, valora su individualidad, transmite información de manera eficaz y repercute positivamente en el embarazo, con conductas basadas en la evidencia. **Conclusión:** Este estudio contribuye a la lucha legítima por la valoración de las profesionales en cuestión, al reconocer experiencias que evidencian resultados significativos en lo que se refiere a la atención prenatal realizada de manera eficaz.

DESCRIPTORES: Salud de la Mujer, Embarazo, Relaciones Materno-Fetales, Atención de Enfermería, Enfermería Materno-infantil.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Guimarães CA, Aquino VS. Enfermería obstétrica autónoma: experiencias y responsabilidades relacionadas con la construcción de la atención prenatal. Cogitare Enferm [Internet]. 2025 [cited "insert year, month and day"];30:e99121 es. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.99121es>

INTRODUCCIÓN

Hay un proceso vinculado a la concepción de un hijo, representado singularmente por los signos de presunción, probabilidad y certeza de un embarazo, etapa marcada por síntomas que a menudo pasan desapercibidos, hasta que se anuncia la confirmación de la gestación, revelando una nueva historia por contar. A partir de ahí, la elección de buenos profesionales para el seguimiento gestacional se vuelve fundamental para una buena experiencia materna, con especial énfasis en la actuación de la enfermería obstétrica, que, con el fin de contribuir positivamente a la calidad de la atención a la gestante, representa una práctica profesional basada en recomendaciones seguras y permite la realización de técnicas de forma cualificada¹.

En consonancia con ello, se sabe que el protagonismo de la mujer debe priorizarse expresamente durante la construcción del prenatal, lo que se hace más evidente cuando se registra en el plan de parto (PP) de la gestante, en el que ella describe estratégicamente sus decisiones de la forma más detallada posible, lo que da como resultado un documento importante en el momento en que los desafíos la hacen vulnerable emocional y físicamente. De este modo, se entiende que expresar los deseos y anhelos más íntimos solo es posible cuando la mujer comprende todo el proceso gestacional y logra, de manera realista, ajustar sus expectativas dentro de lo que puede suceder durante el parto².

De este modo, la escucha prolífica favorece una comunicación eficaz, en la que la forma en que el profesional lleva a cabo el seguimiento prenatal influye directamente en la comprensión de la mujer sobre el proceso gestacional, cuyo vínculo establecido puede significar una mayor adherencia a las consultas debido a la construcción de una relación interpersonal favorable³.

También es importante destacar los retos a los que se enfrenta esta categoría en lo que respecta a la valoración profesional, ya que, en la mayoría de los casos, no se respeta la creación de vínculos y el diálogo entre el profesional y el paciente en los entornos hospitalarios, lo que demuestra una deficiencia en lo que respecta al resultado del embarazo. Por lo tanto, es necesario un esfuerzo colectivo en favor de la pareja madre-hijo para que no se pierda el potencial construido durante el periodo prenatal⁴.

El presente estudio busca comprender la construcción de la atención prenatal por parte de enfermeras obstétricas autónomas, teniendo en cuenta sus experiencias, retos y aprendizajes profesionales. Se justifica por la lucha persistente por la visibilidad y la valoración de estas profesionales, reiterando su esencialidad en el progreso y la eficacia de la planificación prenatal.

MÉTODO

Estudio descriptivo con enfoque cualitativo, que permite visiones multifacéticas del tema abordado, dado que el reconocimiento profesional de la enfermería obstétrica aún presenta lagunas culturales en la población brasileña. De este modo, considerando que el método elegido elabora sus teorías, métodos, principios y establece sus resultados⁵, se entiende que la entrevista como método de recopilación de datos proporciona mayor flexibilidad y una sensación de proximidad entre el entrevistador y el participante.

Se sabe que "la entrevista ofrece un momento oportuno para expresar experiencias no reveladas en otros contextos y que, al revisar su historia, la percepción sobre ella y sobre uno mismo puede cambiar a lo largo de la narración"^{6:1}, lo que refuerza la idea de que el contexto social, el objetivo profesional y los métodos de atención influyen en las diferentes convicciones de la categoría abordada.

Teniendo en cuenta que la distancia era un factor que impedía la realización de entrevistas presenciales, se contactó a las participantes a través de sus redes sociales profesionales y, posteriormente, se mantuvo el contacto por correo electrónico. En este se presentó el proyecto y el Formulario de Consentimiento Libre e Informado (FCLI), incluyendo los ajustes de fecha, hora de la entrevista y recepción del formulario firmado y digitalizado.

Como criterios de inclusión, se optó por profesionales graduadas en Enfermería, con al menos un año de experiencia como enfermeras obstetras; y, como criterio de exclusión, no ejercer de forma autónoma en la categoría mencionada. Así, la pregunta que orientó la investigación fue: ¿cómo se realizan las consultas en la construcción de la atención prenatal por parte de las enfermeras obstétricas autónomas?

Cabe destacar que las entrevistas se realizaron en línea, con una duración media de una hora cada una, a través de la plataforma *Google Meet*, y se grabaron con cámara y se archivaron debidamente. Cabe destacar que las entrevistas se realizaron de forma individual entre las participantes y la entrevistadora, sin ninguna interrupción. Se leyó el FCLI antes de cada entrevista, dando prioridad a la aclaración de la libre elección de la participante de retirarse del estudio en cualquier momento, preservando su anonimato y considerando que cualquier daño a la salud física o mental de la participante sería responsabilidad de las investigadoras.

El presente estudio contó con la participación de siete profesionales que cumplieron los criterios de inclusión. Estas profesionales están formadas y trabajan en diversas regiones del país, enriqueciendo el estudio a través de realidades sociales distintas que permiten visiones multifacéticas del cuidado. Así, con el fin de no revelar la identidad de las participantes, se les ha asignado la letra "P" (Participante) y se les ha numerado según el orden (P1, P2, P3, P4... P7) durante el análisis de los datos.

Las preguntas de la entrevista se dividieron en dos partes: la primera para identificar a la participante (nombre, edad, año de formación en enfermería, año de formación en obstetricia y municipio donde trabaja). La segunda etapa comprendió seis preguntas subjetivas, con el objetivo de comprender la forma de atención, cuestionar la organización del proceso prenatal dentro de las consultas, las principales orientaciones, la visión profesional dentro de su realidad social, las experiencias relacionadas con el plan de parto, considerando los tipos de parto y los retos enfrentados.

Mientras tanto, la recopilación de datos se llevó a cabo en septiembre de 2024 y, posteriormente, la transcripción y el análisis de las entrevistas en noviembre de 2024. Además, la reproducción de las declaraciones permitió interpretar los datos subjetivos, obtenidos de forma individual de cada participante. No fue posible categorizar las respuestas debido al grado de individualidad y diversidad de las experiencias profesionales de cada participante. A pesar de ello, la información obtenida revela el gran potencial profesional de las participantes y explora experiencias ambiguas en la construcción de la atención prenatal.

A partir de los datos obtenidos en las entrevistas, se llevó a cabo un análisis del contenido de las preguntas y respuestas transcriptas fielmente a la grabación, ya que se cree que, a través del análisis de contenido, las inferencias construidas y la calidad del

proceso que precede a la conclusión del estudio se vuelven aún más imprescindibles en lo que respecta a la credibilidad del trabajo⁷.

Los sitios web seleccionados como fuente de investigación fueron: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Portal Regional de la BVS y Coordinación de Perfeccionamiento del Personal de Nivel Superior (CAPES). Teniendo en cuenta la transcripción fiel de las declaraciones, fue posible crear un cuadro con los datos demográficos de las participantes, lo que permitió comparar el tiempo de actuación y formación, así como, a lo largo del estudio, la realidad social en la que vive cada una de ellas en el municipio atendido. Por lo tanto, resulta potencialmente relevante buscar diversas interpretaciones sobre un tema, ya que el análisis de contenido comprende un proceso fundamental con la intención de profundizar conocimientos y suscitar nuevas preguntas a través de una lectura profunda⁸.

Proyecto aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Regional Integrada del Alto Uruguay y de las Misiones (URI), Campus Santo Ângelo – RS - Brasil, mediante el Dictamen n.º 6.985.440.

RESULTADOS

El Cuadro 1 describe los datos obtenidos durante la entrevista con el fin de identificar a cada participante.

Cuadro 1. Características demográficas de las participantes. Santo Ângelo, RS, Brasil, 2024

Participante	Edad	Actuación en Enfermería	Actuación en Enfermería Obstétrica	Municipio y estado en el que opera
P1	28 años	6 años	1 año y 5 meses	Campinas (SP)
P2	46 años	19 años	9 años	Río de Janeiro (RJ)
P3	44 años	20 años	19 años	São Paulo (SP)
P4	40 años	18 años	9 años	Aracaju (SE)
P5	31 años	7 años	3 años	Campinas (SP)
P6	32 años	9 años	7 años	Nova Mutum (MT)
P7	47 años	25 años	24 años	São Paulo (SP)

Fuente: Las autoras (2024).

Para comprender inicialmente la estructura de la atención prenatal, se preguntó a las participantes sobre cómo se presta el servicio en el contexto de la atención al cliente y en la relación con otros profesionales, siendo predominante el establecimiento de colaboraciones multi profesionales, ya sea en un entorno compartido o mediante derivaciones, tal y como se expone a continuación:

[...] tengo socios, porque cuando se trabaja las 24 horas es necesario contar con profesionales de respaldo, ya que es muy importante poder contar con alguien en caso de necesidad (P1).

Trabajo de forma autónoma en São Paulo, en los hospitales, donde acompaña a las pacientes, pero siempre vinculada al médico obstetra, que es quien ingresa a la paciente y respalda la entrada de la enfermera obstétrica (P3).

Aquí somos tres enfermeras y tres médicas [...] hoy tenemos un modelo compartido, que comienza con la médica y luego continuamos nosotras, que promovemos la educación perinatal, atendemos juntas y yo también doy consultas individuales. Este modelo compartido genera una muy buena alineación de conductas para la gestante y hace que el seguimiento sea armonioso (P5).

Tengo una asociación con dos enfermeras obstetras y tengo referencias de profesionales como médicos, nutricionistas y psicólogos (P6).

Cuando se les preguntó sobre los principales temas tratados durante el proceso prenatal, la mayoría destacó la fisiología del parto vaginal, las fases del trabajo de parto y las intervenciones como temas indispensables para definir las expectativas de cada paciente, aspectos que suelen estar relacionados con los mayores temores de las embarazadas. Realidad expuesta a continuación:

[...] una de las principales orientaciones es sobre el trabajo de parto, lo que hace que las consultas sean largas, de al menos dos horas de atención. Tengo un modelo que les entrego sobre el plan de parto y también sobre las fases del trabajo de parto (P1).

Me gusta que busquen comprender las intervenciones necesarias, porque me doy cuenta de que las mujeres que buscan un parto natural cuando necesitan una intervención se sienten muy incómodas (P2).

[...] siempre pienso así y se lo transmito a ellas, si mañana me pasa algo, tienen que saber qué hacer, ser independientes, educar a las embarazadas para que no dependan de mí, sino que entiendan el proceso (P4).

[...] sigo todos los protocolos del Ministerio de Salud, normalmente divido las orientaciones por trimestre [...] y en el último trimestre me centro en la lactancia materna, los cuidados del recién nacido y el parto, por supuesto, abordo estos temas mucho antes, incluso para comprender las expectativas y luego retomarlos (P6).

Oriento sobre las fases del parto, la analgesia, el plan de parto, los resultados adversos, los riesgos, la cesárea, la distocia de hombros, la muerte fetal y otras intervenciones durante el parto, dependiendo, por supuesto, de si se trata de un parto en casa o en el hospital. Todo se adapta a la situación, siempre se orienta sobre el parto realizado por el médico de guardia, se lleva a cabo toda la preparación, y como conocemos bien cada hospital, esto ayuda a preparar a la embarazada (P7).

Ante los hechos expuestos, es posible observar una búsqueda de la excelencia y el compromiso en la conducta profesional de cada participante, aunque, culturalmente, la mayoría de la población brasileña considere las consultas prenatales como una simple lista de exámenes e información básica. Esto va totalmente en contra de la inmediatez perpetuada en la sociedad y que afecta negativamente a la relación profesional y con el paciente.

En este contexto, invertir en una escucha cualificada y en conductas resolutivas no solo es necesario, sino que también es un deber del profesional sanitario que presta la atención durante el periodo prenatal. Con el fin de promover el acceso a una experiencia positiva durante el embarazo, el profesional puede valerse de herramientas que faciliten este proceso, como el Plan de Parto (PP), promoviendo el protagonismo de la mujer durante las etapas y facilitando el enfrentamiento de posibles adversidades. Afortunadamente, todas las participantes conocen y aplican el PP durante el periodo prenatal, tal y como se evidencia en las siguientes declaraciones:

Me parece magnífico, da más seguridad a la embarazada, no lo veo como una

forma de "enfrentarse" al equipo de parto, lo veo como una forma de mejorar la comunicación de la embarazada con el equipo hospitalario también (P1).

Al tratarse de pacientes que cuentan con seguimiento por parte de un obstetra privado y a la mayoría de ellos conozco su trabajo, es decir, ya conozco el perfil de cada una, siempre les digo que sigan el plan, aunque ya nos hayan comunicado sus deseos a quienes realizamos el seguimiento prenatal, es necesario describirlo en el plan de parto, ya que en el hospital el equipo que la atenderá no la conoce, especialmente el médico de guardia, en caso de que sea así; incluso aunque yo esté presente durante todo el proceso. En lo que respecta a los médicos de guardia, veo que las intervenciones no son tan impuestas por ellos, debido a que mis pacientes son de clase media y alta, muchos profesionales temen ser demandados, por lo que las intervenciones médicas no son un reto, se respeta la voluntad de la embarazada, así como el plan de parto (P3)

Mi opinión es que las familias no le dan la importancia que deberían al plan de parto. Mi mayor preocupación es que la mujer entienda lo que hay allí, lo que está registrado, y que realmente se respeten sus decisiones (P4).

[...] todas mis pacientes elaboran un plan de parto, a veces algunas no quieren, pero yo siempre les aconsejo que lo impriman y soliciten que se adjunte al historial o que lo firmen los profesionales que lo reciben (P6).

[...] un plan de parto ya preparado no tiene sentido, porque ella solo va a estar comprobando algo sin saber lo que realmente significa [...] siempre les pido que tengan un guardián del plan de parto, normalmente el acompañante o la doula, que le recordará lo que decidió en el momento en que estaba pensando sobre un tema determinado (P7).

A partir de las declaraciones, se concluye que el PP no siempre es respetado por la paciente ni por el equipo hospitalario, lo cual supone un reto que forma parte del día a día del profesional encargado de ponerlo en práctica. Una situación que vuelve a poner de manifiesto la necesidad de una respuesta social inmediata, ya que ni siquiera los profesionales sanitarios respetan las obras que conlleva el plan.

Cuando se les preguntó sobre sus experiencias profesionales en relación con el parto vaginal, las entrevistadas describieron puntos de vista similares, pero con retos diferentes, según su realidad social, ya fuera por la capacidad de los servicios de salud y/o por el poder económico de la paciente. Así, la pregunta buscaba comprender, en términos generales, cómo las profesionales autónomas enfrentan determinadas situaciones ante el trabajo de parto, experiencias descriptas a continuación:

[...] atiendo a pacientes tanto que están acompañadas por un médico privado como por el SUS, veo muchas deficiencias en esta preparación, y creo que la embarazada que está bien informada es la embarazada que tiene poder, porque sabe todo lo que va a pasar o puede pasar el día del parto. Aquí donde trabajo hay dos hospitales con estructura para partos humanizados, lo cual es muy bueno, con privacidad, así que son los que recomiendo, pero no siempre la paciente puede, por cuestiones de seguro médico o económicas, en cuyo caso, si el hospital elegido es otro, las preparo en cuanto a la estructura; incluso si la unidad solo dispone de una camilla ginecológica, les indico que la gestante no tiene por qué dar a luz allí, ya que hay otras posibilidades más adecuadas y que ayudan en el momento del parto (P1).

Existe un paradigma de la cesárea, el perfil es mayoritariamente cesarista, aunque hay un aumento en la demanda de partos vaginales. Yo intento orientar mucho a mis pacientes sobre las ventajas y desventajas de la cesárea y el parto, sobre todo cuando veo que hay muchas posibilidades de que sea un parto vaginal (P3).

He vivido experiencias muy positivas [...] es muy satisfactorio ver a la mujer

dar a luz con la mínima intervención y sin violencia. Por supuesto, en mi caso, en las maternidades del Sistema Único de Salud (SUS) y en algunas privadas solo se permite la entrada a las doulas, por lo que cuando se depende del personal de guardia los retos son mayores, de ahí la necesidad de preparar realmente a las embarazadas y a sus acompañantes (P5).

A algunas pacientes consigo que inicien el intento de parto, les explico la información, los riesgos, incluyendo los pros y los contras, si la paciente no quiere, no pasa nada, pero siento que tengo que intentarlo porque muchas veces no quieren hacerlo por miedo y por falta de información (P6).

[...] para mí, el parto es el parto, la cesárea es una vía de nacimiento, una extracción fetal por vía quirúrgica. Mi experiencia ha cambiado mucho desde mi formación hasta ahora. Llevo 15 años trabajando de forma autónoma y cada vez intervengo menos. He sido más asertiva en el proceso del trabajo de parto (P7).

De esta forma, es posible identificar una mayor insistencia de las profesionales en intentar el parto y el alumbramiento natural, con la mínima intervención posible y la necesidad de adaptarse a estas situaciones en beneficio del binomio, para que el parto y el alumbramiento se desarrolleen de la mejor manera posible.

Además, teniendo en cuenta que la enfermería sigue siendo una profesión muy infravalorada, se ha tratado de explorar más a fondo los principales retos a los que se enfrentan las obstetras en el ejercicio de su profesión. Aunque algunas adversidades en el día a día profesional de la categoría ya se han presentado en gran parte de las respuestas, aún es posible explorar nuevas cuestiones a continuación:

[...] he visto casos en los que la embarazada presentaba en los exámenes una glucemia en ayunas de 96 mg/dl [...] en ese caso, el médico consideró que se trataba de un embarazo saludable, el bebé llegó a un percentil del 99 %, siendo la embarazada diabética, así que tuve que orientarla sobre todo esto, lo que la dejó muy asustada e insegura, sin contar las situaciones con los médicos de guardia durante el parto, la mayoría son cesaristas, por lo que ante cualquier dificultad durante el proceso, buscan la forma de ofrecer la cesárea como la mejor opción (P1).

Considero un gran desafío la falta de valoración de la profesión, de nuestra conducta durante el parto, porque como todavía trabajo con médicos, hay mucho de eso, yo soy el médico, yo decido, tú estás aquí para ser la guinda del pastel del parto, a algunos médicos les gusta decir que hay una enfermera obstetra, pero no discuten la conducta, vemos que estamos ahí para adornar (P3).

Hoy en día, el escenario de las guardias es mi mayor reto, cuando se depende de los médicos de guardia, en relación con las divergencias de conducta, saber lidiar con la frustración de la embarazada y la mía también, incluyendo la situación de una cesárea innecesaria (P5).

Aquí todavía se ve nuestro trabajo como si solo acompañáramos el parto, por lo que muchas embarazadas acuden a mí al final del embarazo y acabamos teniendo mucho trabajo para cubrir la atención prenatal necesaria (P6).

Las declaraciones demostraron el conocimiento y la seguridad de las profesionales que participaron en el estudio, lo que contribuyó a una lectura interpretativa fluida y sencilla. Entre ellas se destacó su gran valentía al lanzarse a un mercado laboral a menudo injusto y poco valorado. Además, al relatar la realidad en entornos sanitarios que aún funcionan con modelos culturalmente obsoletos, demuestran que queda un largo camino por recorrer en lo que respecta a una atención verdaderamente humanizada.

De este modo, se entendió que cada embarazada debe recibir una atención que respete sus decisiones, valore su individualidad, transmita información de manera eficaz y tenga conductas basadas en la evidencia.

DISCUSIÓN

En lo que respecta a la atención prenatal por parte de enfermeras obstetras, se ha hecho notable la amplia búsqueda de la valorización profesional, a pesar de los retos que se plantean en el día a día, con el objetivo de ofrecer una atención que va en contra del modelo actual, constantemente ineficiente y deficiente.

Gracias a los avances en las diversas modalidades de atención sanitaria, especialmente en enfermería, se ha producido un crecimiento significativo en la prestación de servicios en consultorios o a domicilio, regulados por el Consejo Federal de Enfermería (COFEN), que considera "el respaldo legal para que los enfermeros puedan actuar de forma autónoma y/o liberal mediante contratos de prestación de servicios con el fin de realizar trabajos relacionados con consultorías y programas y proyectos en su área de actuación"^{9:1}.

Unir el crecimiento profesional a la práctica humanizada contribuye a reafirmar la esencia de la enfermería, ya que sus conductas se basan en evidencias científicas propias y están garantizadas por leyes que regulan sus derechos y deberes¹⁰. Teniendo en cuenta, además, que la presencia de asistencia en enfermería obstétrica está vinculada a una mayor calidad de la atención prestada a las mujeres embarazadas, a la reducción de los riesgos de mortalidad materna y a una mayor promoción de la salud reproductiva¹¹.

En este contexto, al considerar la individualidad de la mujer como una forma de promover la calidad en el proceso gestacional, se destaca la estrategia sanitaria de elaborar un plan de parto (PP) durante todo el periodo prenatal, en el que se establece como prioridad el protagonismo femenino y se muestra una consideración real por los deseos de la mujer¹², lo que contribuye a la formación de expectativas reales y a una amplia noción del escenario gestacional de forma justa.

Se entiende que el período final del embarazo y el parto provocan cambios físicos y emocionales en la parturienta, por lo que establecer de forma anticipada y minuciosa los deseos de la mujer hace que el proceso sea menos agotador y más humano. Cuando el equipo sanitario no tiene en cuenta la información expuesta en el plan de parto, queda patente que no será capaz de respetar y priorizar la autonomía de la mujer¹³ y, en consecuencia, se producirán fallos en el proceso de atención a la madre y al niño.

Así, cuando todas las personas que rodean el parto dan prioridad al cuidado de la mujer, hay pocas posibilidades de que el momento resulte traumático para ella, ya que se respeta su voluntad y ella comprende que todas las acciones se llevan a cabo teniendo en cuenta sus derechos y su autonomía como mujer y madre¹⁴.

El trabajo diario de una enfermera obstetra no siempre significa que tenga permiso, por ejemplo, para estar al lado de la gestante en el momento del parto, lo cual depende de la institución elegida y de los respectivos protocolos internos. Por eso, el proceso prenatal también debe preparar a la parturienta y a su acompañante para ese momento, en el que lo que se ha discutido y decidido en las consultas prenatales debe

ser respetado y seguido por el equipo sanitario, por lo que debe quedar constancia de todo lo que se ha hablado y decidido con la gestante durante las consultas¹⁵.

Se sabe que la mayoría de los procesos prenatales que se llevan a cabo actualmente no cuentan con métodos humanizados y eficaces para el seguimiento de la gestante, y que el objetivo del plan de parto no solo se centra en las metodologías, sino que también valora la opinión de la gestante, que, irónicamente, no siempre se respeta. En este sentido, es esencial que, si la mujer tiene un plan de parto, se tengan en cuenta las condiciones para su implementación, la organización del lugar de asistencia, las limitaciones relativas a la unidad y la disponibilidad de ciertos métodos y técnicas¹⁶.

Al mismo tiempo, es indiscutible la importancia de mejorar el proceso prenatal, ya sea público o privado, con el objetivo de reducir el uso de intervenciones innecesarias, permitiendo así el apoyo ideal en todos los ámbitos que el proceso gestacional debería garantizar a la embarazada, conceptos que van en contra de las tradiciones médicas obstétricas, que fomentan una cultura en la que no se tiene en cuenta la individualidad de la mujer y se considera la vía quirúrgica como la ideal para todas las mujeres¹⁷.

En consonancia con lo anterior, el pediatra y psicoanalista inglés Donald Woods Winnicott, reconocido por su teoría de "la madre suficientemente buena procede de una adaptación absoluta y, un poco más tarde, a una adaptación relativa a las necesidades reales del bebé" ^{18:525}, es decir, la adaptación absoluta corresponde al periodo prenatal y su planificación para recibir lo que aún es desconocido, posteriormente, la etapa del puerperio se dirige al bebé. Ofrecer a la mujer un parto con el mínimo de intervenciones significa un posparto menos doloroso y/o incapacitante, lo que contribuye a una adaptación adecuada a la nueva etapa del recién nacido sin olvidar la vida de la mujer.

En este sentido, se entiende que el recién nacido tiene una individualidad y unas necesidades específicas, por lo que es necesario reconocer las expectativas durante el embarazo y tratar de adaptar los deseos de la embarazada de manera justa a su realidad. Principalmente durante el periodo prenatal, cuando resulta esencial fomentar el empoderamiento a través del autoconocimiento del propio cuerpo y matizar las expectativas y los anhelos respecto a ^{la} maternidad¹⁹.

Por lo tanto, se entiende que el profesional de enfermería obstétrica posee las habilidades técnicas necesarias para ofrecer asistencia humanizada y cualificada a la gestante en todos los procesos que la involucran, así como el cuidado del recién nacido hasta su primer año de vida, yendo más allá de los estándares impuestos actualmente sobre el derecho de elección de la gestante, parturienta y puérpera, valorizando a quienes son el objetivo principal de una asistencia calificada: el binomio, la mujer y su hijo²⁰.

De este modo, al expresar su profundo deseo de crear vínculos con las mujeres embarazadas, estas profesionales abren caminos para cambiar prácticas milenarias que provocan dolor, miedo y exclusión. Sin embargo, esta búsqueda no significa que no haya obstáculos durante el embarazo, sino que la mujer comprenda lo que está viviendo y lo que puede enfrentar durante la gestación, el trabajo de parto o el parto.

Este estudio se limita por el número de participantes, pero los datos recopilados reflejan la magnitud del trabajo realizado, la autonomía de estos profesionales y la importancia de su labor para la salud de las mujeres embarazadas. Se identifica entre las participantes una dedicación extrema a la profesión de manera integral, yendo mucho más allá de la atención y estableciendo lazos de confianza entre el paciente y el profesional.

Por lo tanto, resulta evidente que la actuación de la enfermería obstétrica enriquece el seguimiento gestacional, caracterizándose por una atención humanizada y basada en la evidencia científica. De este modo, este y otros estudios deben contribuir a la valorización de la categoría. Se implica, además, la necesidad de implementar la atención especializada por parte de enfermeras obstétricas en centros obstétricos y maternidades, ya sea en el ámbito público o privado, con el fin de complementar la asistencia a las mujeres embarazadas y a los recién nacidos, contribuyendo así a la mejora de los servicios de salud del país.

CONSIDERACIONES FINALES

En este contexto, es extremadamente importante comprender a la mujer embarazada no solo como alguien que lleva un hijo en su vientre, sino como una mujer con su propia vida, su familia, sus expectativas, sus anhelos y sus sueños. Solo las consultas de la lista de verificación básica y las preguntas automáticas dan lugar a fallos en el seguimiento gestacional. El profesional obstétrico debe ofrecer asistencia cualificada, centrada en la mujer y en su protagonismo, priorizando el reconocimiento de sus limitaciones, deseos y el entorno en el que se encuentra la gestante.

Al mismo tiempo, la enfermería obstétrica se enfrenta a retos importantes en lo que respecta a la cultura intervencionista en materia de salud, en la que la urgencia médica busca ofrecer soluciones rápidas a cuestiones relacionadas con el parto, que en la mayoría de los casos son innecesarias y perjudiciales para la salud materna. Por otro lado, se observa un movimiento creciente de mujeres que buscan un embarazo más saludable y, posteriormente, un parto natural y humanizado.

REFERENCIAS

1. Duarte MR, Alves VH, Rodrigues DP, de Souza KV, Pereira AV, Pimentel MM. Care technologies in obstetric nursing: contribution for the delivery and birth. Cogitare Enferm [Internet]. 2019 [cited 2024 Oct 4];24:e54164. Available from: doi.org/10.5380/ce.v24i0.54164
2. Duarte BA, Temoteo RCA. O uso do plano de parto por mulheres durante o pré-natal: scoping review. Rev Enferm Atual In Derme [Internet]. 2023 [cited 2024 Oct 4];97(2): e023049. Available from: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1439>
3. Lima KSO, Bezerra TB, Pinto AGA, Quirino GS, Sampaio LRL, Cruz RSBLC. The nurse's role in the pregnancy-puerperal cycle: postpartum women's perception in the light of Peplau's theory. Cogitare Enferm [Internet]. 2024 [cited 2024 Oct 4];29:e95829. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.95829>
4. Ferreira RN, Vargas MAO, Velho MB, Zocche DAA, Rabelo M, Nhime ASS. Professional identity and limitation of autonomy of the Obstetric Nurse in a teaching hospital: a qualitative study. Esc Anna Nery [Internet]. 2024 [cited 2025 Jul 9];28:e20240064. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2024-0064en>
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec Editora; 2014. 416 p.
6. Sionek L, Assis DTM, Freitas JL. "If I had known, I wouldn't have come": implications and challenges of qualitative interview. Psicol Est [Internet]. 2020 [cited 2024 Sep 2];25:e44987. Available from: <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v25i0.44987>

7. Dalla Valle PR, Ferreira JL. Análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: contribuições e limitações para a pesquisa qualitativa em educação. Versão 1. SciELO Preprints [Internet]. 2024 [cited 2025 Jul 10]. Available from: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.7697>
8. Bardin L. Análise de conteúdo.. São Paulo: Edições 70; 2016. 288 p.
9. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 685/2022 – revogada pela Resolução COFEN nº 782/2025. Institui a concessão de Anotação de Responsabilidade Técnica nos Serviços de Enfermagem prestados de forma autônoma e/ou liberal. Diário Oficial da União [Internet]. 2022 Feb 2 [cited 2025 Jul 10];160(23 Seção 1):109. Available from: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/02/Resolucao-685-2022.pdf>
10. Belarmino AC, Rodrigues MENG, Rodrigues PL, Vieira LJES, dos Anjos SJBS, Ferreira Júnior AR. Challenges of management and care in normal birth centers: qualitative study with obstetric nurses. Cogitare Enferm [Internet]. 2024 [cited 2024 Oct 16];29:e93690. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.93690>
11. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n. 737, de 02 fevereiro 2024. normatiza a atuação do enfermeiro obstétrico e obstetriz na assistência à mulher, recém-nascido e família no parto domiciliar planejado. Diário Oficial da União [Internet]. 2024 Feb 5 [cited 2025 Jul 10];162(25 Seção 1):154-5. Available from: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/02/Publicacao-D.O.U.-Resolucao-737-2024.pdf>
12. de Loiola AMR, Alves VH, Vieira BDG, Rodrigues DP, de Souza KV, Marchiori GRS. Delivery plan as a care technology: experience of women in the postpartum period in a birth center. Cogitare Enfermagem [Internet]. 2020 [cited 2024 Nov 1];25:e66039. Available from: <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.66039>
13. Rocha NFF, Ferreira J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. Saúde Debate [Internet]. 2020 [cited 2024 Nov 1];44(125):556-68. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521>
14. dos Santos FAPS, Enders BC, de Brito RS, de Farias PHS, Teixeira GA, Dantas DNA, et al. Autonomy for obstetric nurse on low-risk childbirth care. Rev Bras Saúde Mater Infant [Internet]. 2019 [cited 2024 Nov 1];19(2):471-479. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000200012>
15. Bachilli MC, Zirbel I, HelenaRelational autonomy and humanized birth: the challenge of approaching desires and practices in the SUS. Physis [Internet]. 2021 [cited 2024 Nov 14];31(1):e310130. Available from: <https://www.scielo.br/j/physis/a/TQCjFwqYx7YLZwSZGtTsrb/?format=pdf&lang=en>
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 353 de 14 de fevereiro de 2017. Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [cited 2024 Nov 14]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0353_14_02_2017.html
17. Montelaro PK, Cirelli JF. Corpos em relação: contribuições das epistemologias feministas para uma prática obstétrica situada. Saúde Debate [Internet]. 2021 [cited 2024 Nov 14];45(spe1):168-80. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E113>
18. de Almeida AP, Naffah Neto A. A teoria do desenvolvimento maturacional de Winnicott: novas perspectivas para a educação. Rev Latinoam Psicopat Fund [Internet]. 2021 [cited 2024 Nov 14];24(3):571-36. Available from: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2021v24n3p517-3>
19. de Brito JGE, Santos JMJ, Barreiro MSC, Dantas DS, Leite AM, Mendes RB. Participation of the pregnant woman 's partner in pre-natal consultations: prevalence and associated factors. Cogitare Enferm [Internet]. 2021 [cited 2024 Nov 14];26:e75169. Available from: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.75169>
20. Cassiano AN, de Menezes RMP, de Medeiros SM, Silva CJA, de Lima MCRAA. Performance of nurse-midwives from the perspective of epistemologies of the South. Esc Anna Nery [Internet]. 2021 [cited 2024 Nov 14];25(1):e20200057. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0057>

Autonomic obstetric nursing: experiences and responsibilities related to the construction of the prenatal

ABSTRACT

Objective: Understand the construction of the prenatal by autonomous obstetric nurses, considering their experiences, challenges and professional learning. **Method:** Descriptive study with a qualitative approach, in which participated seven autonomous obstetric nurses from different regions of Brazil, with at least one year of practice. Data collection took place in September 2024, followed by transcription and analysis of the interviews in November 2024. The data, obtained through online interviews, were transcribed and interpreted through content analysis. **Results:** It was observed that the follow-up provided by obstetric nurses prioritizes the woman, values her individuality, transmits information effectively and positively impacts pregnancy, with evidence-based behaviors. **Conclusion:** This study contributes to the legitimate struggle for the valuation of the professionals in question, by recognizing experiences that show significant results in relation to the prenatal care performed effectively.

KEYWORDS: Women's Health, Pregnancy, Maternal-Fetal Relations, Nursing Care, Maternal-Child Nursing.

Recibido en: 08/04/2025

Aprobado en: 22/07/2025

Editor asociado: Dra. Luciana Puchalski Kalinke

Autor correspondiente:

Vanessa de Souza Aquino

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Rua Universidade Missões 464, Santo Ângelo, RS.

E-mail: vanessaaquino@aluno.santoangelo.uri.br

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio -

Aquino VS. Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Aquino VS.** Responsable de todos los aspectos

del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Guimarães CA.** Todos los autores

aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses:

Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

Disponibilidad de datos:

Los autores declaran que todos los datos están completamente disponibles en el cuerpo del artículo.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](#).