

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS  
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ASSOCIADO UEPA/UFAM**

**LAYANA DE SOUZA REBOLÇAS**

**ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO NO MUNICÍPIO DE TEFÉ  
–AM NA PERSPECTIVA DA TEORIA DO CUIDADO CULTURAL**

MANAUS  
2019

**LAYANA DE SOUZA REBOLÇAS**

**ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO NO MUNICÍPIO DE TEFÉ  
-AM NA PERSPECTIVA DA TEORIA DO CUIDADO CULTURAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Associação Ampla com o Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade do Estado do Pará, como requisito para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Educação e tecnologia de enfermagem para o cuidado em saúde a indivíduos e grupos sociais.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Raquel Faria da Silva Lima

MANAUS  
2019

## Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

R292a Rebolças, Layana de Souza  
Assistência ao parto e nascimento no município de Tefé-AM sob a perspectiva do cuidado cultural / Layana de Souza Rebolças. 2019  
81 f.: 31 cm.

Orientador: Raquel Faria de Lima  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Enfermagem transcultural. 2. Enfermagem obstétrica. 3. Cuidado materno. 4. Assistência de enfermagem. I. Lima, Raquel Faria de II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

LAYANA DE SOUZA REBOLÇAS

**ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO NO MUNICÍPIO DE TEFÉ -AM: SOB  
A PERSPECTIVA DO CUIDADO CULTURAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Associação Ampla com o Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade do Estado do Pará, como requisito para obtenção do título de mestre acadêmico em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Educação e tecnologia de enfermagem para o cuidado em saúde a indivíduos e grupos sociais.

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dra. Raquel Faria de Lima, Presidente  
Universidade Federal do Amazonas

---

Dr. Zilmar Augusto Sousa Filho, Membro  
Universidade Federal do Amazonas

---

Dra. Maria Suely de Souza Pereira, Membro  
Universidade Federal do Amazonas



*Dedico este trabalho especialmente à minha orientadora, Dra. Raquel Faria da Silva Lima, pois me ensinou que o verdadeiro mestre incentiva seu aprendiz a plantar sua própria árvore de conhecimento.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por estar comigo em todos os momentos, a Ti toda honra e glória, Senhor.

À minha filha Agna de Souza Rebolças, meu grande amor, pois mesmo sem saber, entendeu e superou minha ausência em muitos momentos desta caminhada.

À minha família: Mãe Ieda de Souza Pantoja, Pai José Gomes dos Santos, Pastro Antonio Pantoja da Silva, irmãos José Gomes dos Santos Junior, Jamis Souza dos Santos, José Paulo da Silva Filho, Italo Brendão Leonel; Sobrinhos: Isabelly Pontes dos Santos, Paulo Victor, Maria Isadora, por todo apoio, amor, respeito e por estarem sempre ao meu lado em todos os momentos difíceis da minha vida.

À meu marido amado, Agno Rebolças da Silva por toda compreensão, apoio e suporte.

À minha orientadora, em especial, Dra. Raquel Farias de Lima, por se empenhar neste estudo tanto quanto eu mesma.

À minha amiga Maria do Livramento Prata, por toda empatia, companheirismo, cumplicidade e amor, levar-te-ei para sempre em meu coração.

Às minhas amigas pelo apoio e por torcerem por mim verdadeiramente: Gisele Reis Dias, Marcelle Collyer, Ellen Mississipe, Diene Luiza, George Bosco.

Às cuidadoras da minha filha Chirley Ingles, Maria Glauce Ferreira e Célia.

À Instituição na qual atuo, DSEI MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES e ao coordenador distrital, presidente do CONDISI, Otinelson Camarão.

Aos professores do curso de pós-graduação em enfermagem.

Aos colegas de trabalho: Marinelza Monteiro, Jones de Carvalho, Renan, Ana Carla, Wildes.

À Escola de Enfermagem de Manaus (EMM) por me proporcionar a realização deste ganho profissional.

Aos melhores amigos que consegui no mestrado na turma 2017, por todo carinho, cuidado, companheirismo e amor comigo (Eliza Cordeiro, Maria do Livramento, Leslie Bezerra, Tatiana, Ingrid, Dayane Menezes, Iraneide, Hanna Lorena, Neuliane).

*Não conte os teus maiores sonhos a ninguém. Não mostre a sua ferida para quem não tem Remédio pra curá-la e forças para te erguer Não, não, não, não!*

*Não se lamente para quem quer ver tua dor. Não mostre sua fraqueza aos inimigos seus. Mostre só pra Deus!*

*Não chore para quem não sabe decifrar. A lágrima de sofrimento em teu olhar. Existe um lugar que é próprio para isso.*

*É você e Deus, é no altar!*

*Quando eu contei meus sonhos para alguém. Me disseram: São grandes demais pra você. Quando falei onde queria chegar Me disseram: Pare por aqui, não vá além*

*Mas com Deus foi bem diferente. Ele me disse: Vá em frente, eu contigo estou. Quando eu senti medo de seguir Disse: Prossiga, eu te fiz pra ser um vencedor*

*Desde então eu nunca mais me limitei. Eu guardei no coração as palavras de Deus. Descobri que os planos Dele para mim. São muito maiores que os meus!*

*Eu vou chorar pra Deus, vou contar tudo pra Deus. Vou fechar a porta do meu quarto. E ficar a sós com Deus, só ele e eu. Eu vou mostrar pra Deus todos os sonhos meus.*

*Tudo em seu altar eu entregarei A partir de hoje é Deus e eu e mais ninguém!*

*Eu vou chorar pra Deus, vou contar tudo pra Deus*

*Vou fechar a porta do meu quarto. E ficar a sós com Deus, só ele e eu.*

*Eu vou mostrar pra Deus todos os sonhos meus tudo em seu altar eu entregarei.*

*A partir de hoje é Deus e eu e mais ninguém. A partir de hoje é Deus e eu e mais ninguém!*

*Leandro Borges*





## RESUMO

A assistência ao parto e nascimento deve ser humanizada e qualificada, para isso, é necessário ampliar a qualidade da assistência e promover o intercâmbio de saberes, desenvolvendo ações e decisões de cuidado que sejam baseadas em evidência e culturalmente congruente. Sob este olhar, o estudo teve como objetivo geral analisar a assistência ao parto e nascimento no município de Tefé-AM sob a perspectiva do cuidado cultural; e como objetivos específicos: Discutir fatores das dimensões da estrutura cultura e social que influenciam no padrão de cuidado ao parto e nascimento em Tefé-AM; Descrever conhecimento e prática popular do cuidado das parturientes no que tange ao processo de parto e nascimento; Descrever as práticas assistenciais, utilizadas por profissionais de saúde no processo de parto e nascimento; Articular o intercâmbio de saberes populares e profissionais para assistência ao parto e nascimento. Trata-se de um estudo de etnoenfermagem, realizado no Hospital Regional de Tefé-AM, no período de março a abril de 2019. Participaram do estudo 37 mulheres e 30 profissionais de saúde. Os instrumentos utilizados foram: 1) Observação-Participação-Reflexão; 2) Questionário de caracterização profissional; 3) Entrevista semiestruturada. A partir da análise dos dados emergiram as categorias: A assistência hospitalar no processo de parto e nascimento sob a perspectiva do profissional da saúde; Cuidado popular sob a perspectiva da parturiente. Observou-se que a assistência ao parto e nascimento a cada plantão é realizada por três parteiras e os recursos estruturais são incipientes. Os profissionais médicos são especialistas em obstetrícia e atuam somente em intercorrências e distócias obstétricas. A inserção do dispositivo intrauterino (DIU) pós-parto é realizada por um único profissional médico. Existe uma deficiência de quantitativo de enfermeiros obstétricos. Os gestores ressaltaram a deficiência orçamentária devido à demanda de outros municípios. Além disso, foi ressaltado pelos depoentes uma deficiência em educação permanente, educação em serviço e normas de processo de trabalho. Em relação às parturientes, observou-se que a idade média é de 25 anos, a maioria está em união consensual estável, tem ensino médio incompleto, original do centro urbano e tem religião evangélica; submergiram temas como a violência obstétrica, a ausência do acompanhante na sala de parto, a ausência de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor, a expectativa e insatisfação com o cuidado que foi prestado. Este estudo permitiu conhecer a assistência ao parto sob a perspectiva dos profissionais de saúde e das mulheres que a receberam, assim como propor ações e decisões de cuidado culturalmente coerentes.

Palavras-Chave: Enfermagem Transcultural. Enfermagem Obstétrica. Cuidado Materno. Assistência de enfermagem.

## ABSTRACT

The childbirth and birth care need must be humanized and qualified. Thus, it is necessary to broaden the analysis of care and promote the exchange of knowledge, developing evidence-based and culturally consistent actions and care decisions. Under this view the study had as general objective to analyze the delivery and delivery care in the municipality of Tefé-AM under the perspective of cultural care; The specific objectives: Discuss factors of the dimensions of the cultural and social structure that influence the standard of care at birth and birth in Tefé-AM; Describe knowledge and popular practice of parturient care in the process of childbirth and birth; Describe the care practices used by health professionals in the process of childbirth and birth; Articulate the exchange of popular and professional knowledge for delivery and birth care. This study was carried out at the Regional Hospital of Tefé-AM between March and April 2019. The study was attended by 37 women and 30 health professionals. The instruments used were: 1) Observation-Participation-Reflection; 2) Professional characterization questionnaire; 3) Semi-structured interview. From the analysis of the data emerged the categories: Hospital attendance in the process of birth and birth from the perspective of the health professional; Popular care from the parturient perspective. It was observed that care for childbirth and birth at each shift is performed by three midwives and structural resources are incipient. The medical professionals are experts in obstetrics and act only in intercurrences and obstetric dystocias, insertion of the postpartum intra uterine device is performed by a single medical professional. There is a quantitative deficiency of obstetric nurses. The managers emphasize the budget deficiency due to the demand of other municipalities. In addition, it was highlighted by the deponents a deficiency in permanent education, in-service education and work process norms. About women, the average age is 25 years, most of them in stable consensual union, have incomplete high school, original urban center and have evangelical religion; submerged subjects such as obstetric violence, the absence of the companion in the delivery room, the absence of non-pharmacological techniques for the relief of pain, the expectation and dissatisfaction with the care that was provided. This study allowed to know delivery assistance from the perspective of health professionals and women, as well as propose culturally coherent actions and care decisions.

Keywords: Cross-cultural Nursing. Obstetric Nursing. Maternity Care

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de Sunrise.....	25
Figura 2 – Vista Externa do Hospital Regional de Tefé.....	28
Figura 3 - Mapa do estado do Amazonas, com destaque os municípios de Tefé e Manaus.....	29
Figura 4 - Planta baixa da Maternidade .....	30
Figura 5 - Planta baixa da Maternidade em 3D .....	31
Figura 6 - Sala de Parto.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
Figura 7 – Sala de Exames.....	39
Figura 8 – Sala de Parto.....	39
Figura 9 – Corredor da Maternidade .....	40
Figura 10 – Banheiro da maternidade.....	41

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Profissionais cadastrados no CNES do Hospital Regional de Tefé.....	32
Quadro 2 – As Quatro Fases da Observação – Participação e Reflexão .....	33
Quadro 3 – Caracterização das Parturientes.....	54

## LISTA DE ABREVIATURAS

SUS	Sistema Único de Saúde
MS	Ministério da Saúde
PSMI	Programa de Saúde Materno Infantil
OMS	Organização Mundial de Saúde
HIV	<i>HumanImunodeficienteVirus</i>
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DIU	Dispositivo Intra Uterino
ACR	Análise de Causa Raiz
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
MC	Metodo Canguru
PROASP	Programa de Atenção à Saúde Perinatal
Eca	Estatuto da Criança e do Adolescente
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
PHPN	Programa Nacional de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento
RC	Rede Cegonha
TCC	Teoria do Cuidado Cultural
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
OPR	Observação, Participação e Reflexão
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVO</b> .....	<b>19</b>
<b>3.1</b>	<b>Geral</b> .....	<b>19</b>
<b>3.2</b>	<b>Específicos</b> .....	<b>19</b>
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>21</b>
<b>4.1</b>	<b>Modelo de Sunrise</b> .....	<b>24</b>
<b>5</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>28</b>
<b>5.1</b>	<b>Tipo de Estudo</b> .....	<b>28</b>
<b>5.2</b>	<b>Local do estudo</b> .....	<b>28</b>
<b>5.3</b>	<b>Sujeito do Estudo</b> .....	Erro! Indicador não definido.
<b>5.4</b>	<b>Coleta de Dados</b> .....	<b>32</b>
5.4.1	OBSERVAÇÃO-PARTICIPAÇÃO-REFLEXÃO .....	33
5.4.2	COLETA DE DADOS DOS PROFISSIONAIS .....	34
5.4.3	COLETA DE DADOS DAS PARTURIENTES.....	34
<b>5.5</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	<b>34</b>
<b>5.6</b>	<b>Análise dos Dados</b> .....	<b>36</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADO E DISCUSSÃO</b> .....	<b>37</b>
<b>6.1</b>	<b>Assistência Hospitalar no Processo de Parto e Nascimento sob a Perspectiva do Profissional da Saúde</b> .....	<b>38</b>
6.1.1	OS FATORES TECNOLÓGICOS QUE INFLUENCIAM NO PARTO E NASCIMENTO .....	38
6.1.2	MÉDICOS.....	43
6.1.3	ENFERMEIRO.....	45
6.1.5	GESTOR .....	49
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>63</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>66</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>73</b>
	Apêndice A – Instrumento de Coleta de Dados para Entrevista – Roteiro para os Gestores.....	74
	Apêndice B – Questionário de Caracterização Profissional .....	75
	Apêndice C – Questionário de Caracterização Profissional .....	76

Apêndice D – Caracterização e Roteiro para Entrevista das Parturientes .....	77
Apêndice E – Check List Estrutural, Equipamento e Financeiro .....	78
Apêndice F – Participação com Observações Continuadas.....	80
Apêndice G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	81
<b>ANEXOS .....</b>	<b>83</b>
ANEXO A – Termo de Anuência .....	84
ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP .....	85



## 1 INTRODUÇÃO

A assistência ao parto e nascimento no ambiente hospitalar tem como uma de suas premissas, a possibilidade de adoção de intervenções e procedimentos tecnológicos, a fim de oferecer um cuidado seguro à mãe e seu bebê. Embora o avanço da obstetrícia tenha contribuído para a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, a assistência hospitalar baseada em procedimentos mais modernos e tecnológicos, tem exposto o binômio a altas taxas de intervenções desnecessárias (BRASIL, 2017).

Este processo de medicalização do parto favoreceu a ocorrência de internações precoces, falta de informação sobre os procedimentos realizados, a ausência da família e perda de privacidade e conseqüentemente retirou a autonomia da parturiente. Por sua vez, os profissionais de saúde passaram a ganhar destaque ao realizar esses procedimentos e se tornaram os principais protagonistas deste evento (MATTAR; DINIZ 2012).

Refletindo sobre este olhar, mudanças têm sido propostas pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde, as quais enfatizam que o cuidado prestado às mulheres precisa incluir o resgate do parto natural e a humanização da assistência, reconhecendo o parto como uma experiência verdadeiramente humana e devolvendo o protagonismo à mulher (NARCHI, CRUZ, GONÇALVES, 2013).

Neste contexto, a Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento - PNHPN e as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal defendem a criação de um espaço para acolher, ouvir e criar vínculo. Além de enfatizar a importância da relação interpessoal entre profissionais e parturiente, respeito a autonomia da mulher, presença de acompanhante de livre escolha da mulher, espaço para a troca de saberes, respeito aos valores culturais e comportamentos familiares, a PNHPN trouxe inúmeras recomendações de práticas clínicas e abordagens terapêuticas com base em evidências (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

Observa-se então que não se trata apenas de oferecer um espaço para a parturição no ambiente hospitalar, é necessário avaliar a assistência sob o ponto de vista da qualidade do cuidado, e neste sentido, são questionados os recursos estruturais da assistência ao parto e nascimento, no contexto sócio-cultural e das relações interpessoais. Com isso, é preciso ampliar a análise da assistência e promover o intercâmbio de saberes, desenvolvendo ações e decisões de cuidado

baseadas em evidências e culturalmente congruentes (LEININGER; MC FARLAND, 2006; CRUZ, 2015).

Refletindo sobre este contexto, indaga-se: como estão sendo desenvolvidas as assistências ao parto e nascimento com ações e decisões de cuidado qualificado e culturalmente congruente no município de Tefé-AM? Para responder esta pergunta, o presente estudo desenvolveu-se de forma que levasse o pesquisador a compreender os fatores que influenciam o padrão do cuidado obstétrico, tais como: recursos estruturais, PHPN, processo de trabalho, rotina da maternidade, documentos normativos elaborados pelo Ministério da Saúde (MS), financiamento e qualificação profissional, além da perspectiva da mulher sobre o serviço prestado (LEININGER; MC FARLAND, 2006 CRUZ, 2015).

Além disso, observa-se também a grande importância da questão cultural na região onde está o local estudado, permitindo responder aos objetivos propostos e levantar questões que certamente embasarão pesquisas futuras dentro do campo de estudo.

## 2 JUSTIFICATIVA

O interesse pela temática deu-se atuando como Responsável Técnica do Programa de Atenção à Saúde das Mulheres e das Crianças Indígenas, no Distrito Especial Indígena médio Rio Solimões e afluentes desde 2009. Em 2013, quando fui promovida à apoiadora institucional, deparei-me com diversas situações em que as parturientes perderam seus filhos por causas evitáveis devido a problemas estruturais. Desde então, tornei-me sensível a estas questões, onde enquanto mulher e considerando a minha trajetória pessoal, fui instigada empaticamente para definir a temática do estudo.

O município de Tefé possui um contingente populacional de aproximadamente 62.230 habitantes e é considerado o sexto município mais populoso do estado do Amazonas. O acesso se dá por via fluvial com barco recreio que leva em média 38 horas de viagem; outra opção é a lancha, cuja viagem dura cerca de 12 a 14 horas; e por fim, o acesso aéreo que é a via mais rápida, com 01 hora de viagem. Os voos são regulares, disponibilizados três vezes por semana, saindo do município de Manaus.

No cotidiano do interior do Amazonas, observa-se que o cuidado da família está sendo norteado por questões culturais, relacionadas às práticas populares como o uso de chás de forma terapêutica e preventiva, dificuldades de acesso à saúde e por carências regionais.

Em relação ao atendimento hospitalar, a Unidade de Saúde estudada acolhe não somente à população da cidade, mas também à população dos municípios vizinhos, totalizando aproximadamente 130.966 habitantes entre brancos e indígenas. Dentre as cidades atendidas por esta unidade incluem-se Alvarães (15.546 habitantes), Uarini (13.428 habitantes), Juruá (13.956 habitantes), Japurá (pop. 7.329 habitantes) e Maraã (18.477 habitantes). Dentre estes habitantes, 15.282 são indígenas das etnias Katukina, Tikuna, Kokama, Kanamari, Mayoruna, Miranha, Maku-Nadeb, Kulina, Deni, Kambeba, Tukano, Baré, Baniwa, katawixi, Arara, Mura ekaixana.

Para atendimentos de alta complexidade é necessária a remoção de pacientes para as unidades de referência em Manaus. Nestes casos, dependendo da gravidade, a transferência pode ser via fluvial ou aérea, por meio de unidade de

terapia intensiva (UTI) Móvel, disponibilizada pela Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas (SUSAM) através do sistema de regulação., Para esse percurso o período de viagem varia entre uma hora a uma hora e meia (Plano Municipal de Saúde – Tefé AM, 2014).

Anualmente, o município registra em média 3.347 partos no Hospital Regional de Tefé. Dados do Ministério da Saúde registraram que em 2016 aconteceram 2.593 nascimentos, sendo o maior número registrado em Tefé, com 1.679 e além destas informações, também computou-se 45 óbitos fetais e 02 óbitos maternos naquele ano (BRASIL, 2017).

Direcionando o olhar para questão da mortalidade materna, dados nacionais apontam uma média de 44 óbitos maternos, alcançando uma taxa de 70,9 % a cada 100.000 nascidos vivos, variando entre as regiões do país. Enfatiza-se que no estado do Amazonas a taxa de mortalidade materna alcança 83,45%, sendo maior do que a média nacional. Apesar de o número de mortes maternas apresentar diminuição de registros, ainda permanece distante do ideal. Por sua vez, a taxa mortalidade neonatal no Amazonas é de 7,9, estando acima da média nacional que é de 7,36 por mil nascidos vivos (BRASIL; DATASUS, 2018).

No cotidiano da assistência no interior do estado do Amazonas, observa-se que grande parte das mortes maternas, fetais e neonatais são por causas evitáveis, podendo estes óbitos estarem relacionados às fragilidades estruturais e/ou do processo assistencial. Observa-se também que a questão cultural é um fator natural da região e se manifesta em diversos grupos de pessoas.

Como já mencionado, o estudo em pauta justifica-se pela necessidade de compreender quais as evidências do cuidado cultural no processo de parto e nascimento no município de Tefé-AM, e como elas participam e influenciam no cuidado materno, ao mesmo tempo em que pretende cooperar com a academia, no sentido de fornecer subsídios para pesquisas em cenários práticos.

As contribuições também podem se estender à gestão hospitalar, no que tange favorecer a melhoria da qualidade da assistência desenvolvida no contexto de parto e nascimento, beneficiando a mulher, usuária do serviço, que merece receber o cuidado humanizado e culturalmente coerente.

Nesse sentido, considera-se este estudo relevante para concessão de subsídios à gestão de serviço da maternidade, à medida que possibilitará identificar

as inadequações de ordem estrutural, que influenciem na assistência inadequada ao parto e nascimento.

Além disso, contribuirá com a comunidade científica na publicação dos resultados, visto que ainda existe escassez de literatura que aborde o tema maternidade em contexto cultural. Assim, consideramos este estudo é de grande importância para a ciência, à medida que possibilita uma reflexão sobre o cuidado cultural dentro da maternidade de um estado que tem uma um contingente multicultural, permitindo ainda a identificação de fragilidades na formação profissional, onde o mesmo pode se sentir despreparado para lidar com uma população de várias culturas, como indígenas, ribeirinhos, quilombolas e de religiões plurais.

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 Geral**

Analisar a assistência ao parto e nascimento no Município de Tefé- AM, na perspectiva de observar sua congruência com o cuidado cultural.

#### **3.2 Específicos**

- Identificar fatores das dimensões da estrutura cultura e social que influenciam no padrão de cuidado ao parto e nascimento em Tefé – AM;
- Descrever conhecimento e prática popular do cuidado das parturientes no que tange ao processo de parto e nascimento;
- Descrever as práticas assistenciais, utilizadas por profissionais de saúde no processo de parto e nascimento;
- Articular o intercâmbio de saberes populares e profissional para assistência ao parto e nascimento;



## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### TEORIA DO CUIDADO CULTURAL

O cuidado cultural é a mais extensa, abrangente, holística e universal teoria encontrada, que traz um novo conhecimento, capaz de auxiliarpessoas de culturas diferentes, a serem compreendidas de acordo com as suas crenças pelos profissionais de saúde. A teoria é ampla em extensão e empreende muitos aspectos do cuidado com representações individuais de uma cultura com o passar do tempo (LEININGER; MC FARLAND, 2006).

A cultura pode ser entendida como a presença de valores, crenças, estilo de vida, comportamentos e seus significados que são passados de geração a geração. Tais fatores estão intimamente ligados com decisões, ações e percepções de mundo que o indivíduo toma na sua individualidade ou coletividade, sejam estas de cunho religioso, sócio-político, educacional ou até mesmo nas suas relações (MÜLLER, ARAÚJO, DE LORENZI BONILHA, 2007).

Ao pensarmos no planejamento de ações e serviços de cuidados em saúde, é preciso considerar a cultura como um fator mutável, ou seja, algo que está sempre sofrendo alterações/adaptações nos mais diversos fatores que a envolvem, sejam estes ambientais, estilo de vida, comportamentais, políticos, religiosos ou educacionais. Deste modo, é preciso entender que a cultura é uma dinâmica que torna mais fácil a resolutividade e aplicações da abordagem profissional (VILELAS, JANEIRO, 2012).

Para a abordagem cultural, é necessária a construção de cuidados em saúde de maneira holística e humanizada, fazendo com que as práticas permitam a participação de profissionais e usuários de forma harmonizada proporcionando a estes a sensação de promoção da saúde/prevenção de agravos e ser protagonista do seu bem-estar, respectivamente (MÜLLER, ARAÚJO, DE LORENZI BONILHA, 2007).

O profissional de saúde que pretende trabalhar com a abordagem cultural, necessita estar disposto a conhecer os fatores e antecedentes culturais da população atendida de maneira singular, fazendo com que o planejamento de suas ações de cuidado possam abordar esse cliente em toda a sua integralidade, ou seja,

suas percepções enquanto ser individual, mas também como parte de uma comunidade ou família (MÜLLER, ARAÚJO, DE LORENZI BONILHA, 2007; PRECIADO et al., 2018).

Entender a cultura e sua relação com as ações de saúde é saber que todo o processo histórico, ambiental e pessoal vai influenciar no bem-estar do ser cuidado, no seu entendimento sobre doença, bem como seu método de percepção sobre a cura e os processos envolvidos nesta. Logo, torna-se notória que a cultura pode direcionar de forma significativa a prestação de cuidados baseados na singularidade do indivíduo ou comunidade, de modo que estes sejam executados com efetividade para quem os procura (MÜLLER, ARAÚJO, DE LORENZI BONILHA, 2007; PRECIADO et al., 2018).

A relação existente entre as tradições, crenças e valores de um coletivo ou indivíduo e o processo saúde-doença precisam ser bem explorados pelo profissional de saúde, que deve ser capaz de avaliar o quanto essas questões definem o modo de ação, aceitação, interpretação, colaboração e decisão de escolha. A partir de então, o profissional consegue maior aproximação com o usuário e adequação do cuidado à realidade vivenciada, considerando a complexidade relacionada às práticas de saúde exercidas por determinado grupo, bem como compreender as dimensões conceituais e significativas envolvidas nessas ações (VILELAS, JANEIRO, 2012; MÜLLER, ARAÚJO, DE LORENZI BONILHA, 2007).

Sendo assim, vê-se a existência de inúmeros padrões culturais por meio dos quais se busca explicar a origem de patologias, sua manifestação clínica e quem são os grupos afetados. Todas essas explicações sempre estarão ligadas ao cotidiano e às práticas individuais ou coletivas de cada população, o que nos leva a necessidade de buscar correlacionar esses fatores com a prática profissional. Para tal, é preciso desmuniar-se de preconceitos e procurar estratégias que proporcionem a harmonização do cuidado de maneira singular, integral, humanizada e satisfatória aos seus clientes (VILELAS, JANEIRO, 2012).

Na enfermagem, há uma diversidade de teorias, cada uma focada em determinado processo do cuidado. Apesar de se apresentarem de formas diferentes, as teorias de enfermagem têm o mesmo objetivo que é de estruturar e organizar o cuidado de forma sistemática que otimize a atuação do enfermeiro (CARPINTEIRA, 2014).



As teorias de enfermagem são de grande prestígio para a prática das atividades do profissional, e para a construção de uma teoria, são levados em consideração os aspectos do teorista quanto à sua experiência vivenciada, seu nível de conhecimento adquirido ao longo da trajetória e suas perspectivas para o cuidado a ser prestado (ORIÁ, XIMENES, PAGLIUCA, 2007).

A teoria do Cuidado Transcultural foi proposta por Madeleine Leininger no ano de 1985. A autora defendeu a necessidade de compreensão dos fatores culturais que repercutem no processo de cuidado em saúde, onde considerando que toda população passa por mudanças na sua cultura, parte desta permanece com seu tradicionalismo, mas outra se adapta a uma nova realidade, tornando assim a cultura um conceito dinâmico, a qual estará presente no entendimento dos processos de saúde-doença de um determinado público (LEININGER &McFARLAND, 2006).

Em 1990, Leininger defendeu a Teoria do Cuidado Cultural (TCC), que se fundamentou a partir de vivências práticas com seus familiares, onde foi possível observar diferenças comportamentais das crianças que se repetiam com frequência, levando a acreditar que essas diferenças têm base cultural e que a enfermagem não tinha conhecimento científico a respeito da cultura das crianças para compreendê-las e elaborar práticas de cuidados de acordo com as suas culturas (LEININGER &McFARLAND, 2006).

A prestação do cuidado levava em consideração as características culturais do sujeito, ou seja, a participação do sujeito para a escolha do seu cuidado (LEININGER &McFARLAND, 2006).

Na TCC, os pressupostos que desafiam a enfermagem a adequar um cuidado são:

- O cuidado humano é um fenômeno universal, mas a expressão, o processo e o modelo variam entre as culturas;
- Cada situação de cuidado de Enfermagem tem, no cuidado transcultural, um padrão de comportamento, de necessidades e de implicações;
- O ato e processo de cuidar são essenciais para o desenvolvimento humano, crescimento e sobrevivência;
- O cuidado poderá ser considerado a essência e unificação intelectual e dimensão prática do profissional de Enfermagem;
- O cuidado tem dimensões biofísicas, psicológicas, culturais, sociais e ambientais, que podem ser estudadas, praticadas no sentido a prover cuidado holístico para as pessoas;
- O comportamento de cuidado transcultural, formas e processos têm ainda que ser verificados em diversas culturas, quando este corpo de

conhecimento é obtido, tendo potencial para revolucionar a prática diária da enfermagem;

- Para fornecer cuidado de enfermagem terapêutico, a enfermeira poderá ter conhecimento de valores culturais, crenças e práticas dos pacientes;
- Os comportamentos de cuidados e funções variam de acordo com características da estrutura social de determinada cultura;
- A identificação de comportamento universal e não universal, cuidado popular e cuidado profissional, crenças e práticas serão importantes para o avanço do corpo de conhecimentos de Enfermagem;
- Há diferenças entre a essência e as características essenciais de cuidado e comportamentos de cura e processos;
- Não existe cura sem cuidado, mas pode existir cuidado sem cura.  
(LEININGER &McFARLAND, 2006).

A autora então propôs um modelo denominado: Modelo Sol Nascente ou Modelo de Sunrise, o qual é estratificado em quatro níveis, variando do mais abstrato (nível I) para o menos abstrato (nível IV). No nível IV encontram-se as decisões e ações de enfermagem que abrangem: preservação/manutenção, acomodação/negociação e repadronização/reestruturação cultural do cuidado (LEININGER &McFARLAND, 2006).

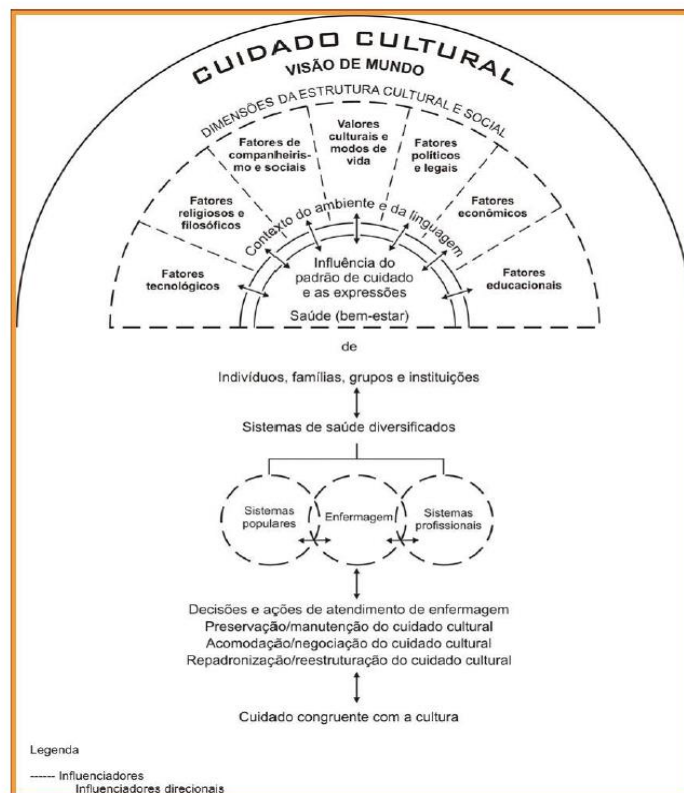
Os dados deste estudo foram analisados a partir do modelo de Sunrise. Este modelo de análise serve para direcionar o enfermeiro a distinguir um mundo cultural de vida com diferentes influências das condições humanas e que precisam ser consideradas para prover o cuidado holístico, satisfatório e significativo para os indivíduos, os grupos ou as instituições. O Sunrise serve como mapa cognitivo para descobrir os fatores introduzidos e múltiplos relacionados à teoria, tendências e suposições com o domínio específico de inquirição sob estudo (LEININGER; MC FARLAND; 2006).

Como guia para a aplicação da TCC é utilizado o modelo de Sunrise, com um mapa conceitual capaz de aplicar a TCC à prática profissional. O modelo de análise da teoria é um método que visa a descrição, análise, crítica, verificação e apoio teórico, podendo estes serem avaliados por completo ou isolado. Para avaliação da TCC, vê-se a necessidade de investigar o fator crítica. A crítica visa estabelecer as limitações ou a conformidade aos padrões de uma teoria e para exercer essa prática, é preciso considerar três segmentos: relação entre estrutura e função, diagrama da teoria e círculo de contágio. Para compreensão da teoria proposta de Madeleine Leininger de maneira mais rápida, ela apresenta o modelo de Sunrise.(LEININGER &McFARLAND, 2006).

A proposta do Modelo de Sunrise, não é apresentar a teoria completa por meio de seu diagrama, mas sim tornar mais fácil a compreensão desta, destacando as principais etapas desse fundamento. No modelo proposto, dá-se destaque aos principais pontos, isto é, fatores de influência cultural (modelo político, econômico, nível educacional, crença religiosa entre outros) sobre o indivíduo, comunidade ou família, por meio do qual gerará uma prática de cuidado popular – cuidado êmico (LEININGER &McFARLAND, 2006).

O intermédio entre os saberes proporciona o equilíbrio, deixando que a tomada das decisões venha por meio do somatório desses conhecimentos, o científico baseado em evidências e o cuidado leigo. Portanto, o modelo proposto pela teórica, visa atender as demandas do indivíduo proveniente de qualquer ambiente, uma vez que o diagrama permite a flexibilidade de adequá-lo à população com que se deseja trabalhar, expondo com clareza sobre os fatores culturais influenciáveis, os indivíduos envolvidos no processo, os problemas de saúde variáveis e tomada de decisão baseada na análise cultural congruente (LEININGER &McFARLAND, 2006).

Figura 1 – Modelo de Sunrise



Fonte: SILVA (2009) adaptado de LENNING (1991).

O Modelo de Sunrise mostra que planejar ações em saúde ou cuidados em saúde baseados no estudo cultural congruente perpassa níveis de base populacional até os de base profissional, sendo importante destacar as influências entre esses dois extremos e evidenciar que por meio do conhecimento profundo destes se alcança um cuidado efetivo ao cliente. Como proposta de entendimento, é possível visualizar níveis no diagrama, sendo estes:

- Nível I: o sistema social e a visão de mundo que cada grupo populacional possui, aqui se compreende as crenças, valores e saberes do coletivo e individual;
- Nível II: entendimento de cuidado e saúde, quanto a seus significados e suas expressões analisando o indivíduo e família.
- Nível III: compreensão do sistema de cuidado de caráter profissional e popular, na busca de encontrar as similaridades e diferenças entre estes;
- Nível IV: desenvolvimento de cuidado de enfermagem congruente com a cultura valorizada por seu público. (LEININGER &McFARLAND, 2006).

Portanto, a TCC proporciona de maneira coerente, clara e objetiva alcançar uma assistência de enfermagem alinhada aos valores culturais, fazendo com que estes não se percam em meio as técnicas profissionais, mas sim que somem um conjunto de cuidados efetivos e satisfatórios, proporcionando ao usuário um serviço qualificado, planejado, integral e singular (LEININGER &McFARLAND, 2006).

A proposta feita por Leininger é de que o profissional possa conduzir suas decisões e ações de enfermagem, que melhor se adaptem a cultura do cliente, reduzindo desse modo conflitos e stress entre sujeito e profissional, favorecendo produtividade e eficácia do cuidado de forma mais significativa (LEININGER &McFARLAND, 2006).

Percebe-se que a atuação do enfermeiro deve-se apropriar de recursos que o auxiliem durante o processo do cuidado, de modo a garantir a qualidade durante o exercício de tal, através de um olhar singular para cada cliente, levando em consideração seus valores e crenças culturais, não os vendo como empecilho, mas sim como ferramenta de auxílio (LEININGER &McFARLAND, 2006).

### Dimensão da estrutura social e cultural.

- Dimensões da estrutura cultural e social, ou seja, fatores tecnológicos, religiosos, filosóficos, sociais, políticos, legais, econômicos, educacionais e modos e vida.
- Contexto do ambiente , situação de experiência, intercâmbios sociais, políticas, sócio-políticas que dão significado a expressões humanas.
- Sistema popular é o conhecimento popular, experiência direta, visão dos que vivem a cultura centrada no indivíduo.
- Sistema profissional trata da interpretação do vivido naquela cultura, delineando a perspectiva dos profissionais. (LEININGER &McFARLAND, 2006).

Diante da Teoria proposta de Leininger&McFarland acima, percebe-se que não basta somente que o enfermeiro aproprie-se do saber teórico e prático que adquire durante sua formação, mas assimile os conhecimentos culturais e costumes da comunidade na qual está inserido, trazendo a seus clientes um cuidado com o qual possam se familiarizar, gerando uma relação de confiança entre ambos.

## 5 MATERIAIS E MÉTODOS

### 5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo da etnoenfermagem, que é um ferramenta rigorosa, sistemática e profunda para pesquisa com diversas culturas. Essa metodologia foi idealizada inicialmente para se adaptar aos objetivos da Teoria do Cuidado Cultural. A capacidade em compreender a etnoenfermagem objetivou focar em seus significados de cultura e experiências de vida (LEININGER &McFARLAND, 2006).

Leininger&McFarland (2006), relatam que os estudos de etnoenfermagem, necessitam em sua aplicabilidade conhecer os investigados, e que em casos destinados ao cuidado materno, faz-se essencial conhecer o histórico obstétrico, bem como os fatores sócio-culturais que complementam o modelo sol nascente, ou seja, qual a origem local da parturiente, pois isto remete o pesquisador a identificar os padrões de vida das mulheres e como o aspecto cultural influencia nas condições de saúde.

### 5.2 Local do estudo

O local escolhido para o estudo foi o Hospital Regional deTefé inaugurado em 2004 (Figura 02), o único estabelecimento municipal que realiza atendimentos de média complexidade com especialidades como obstetrícia, cirurgia, pediatria, entre outros e possui pronto atendimento e laboratório de análises clínicas (Figura 03 e 04)

Figura 2 – Vista Externa do Hospital Regional de Tefé



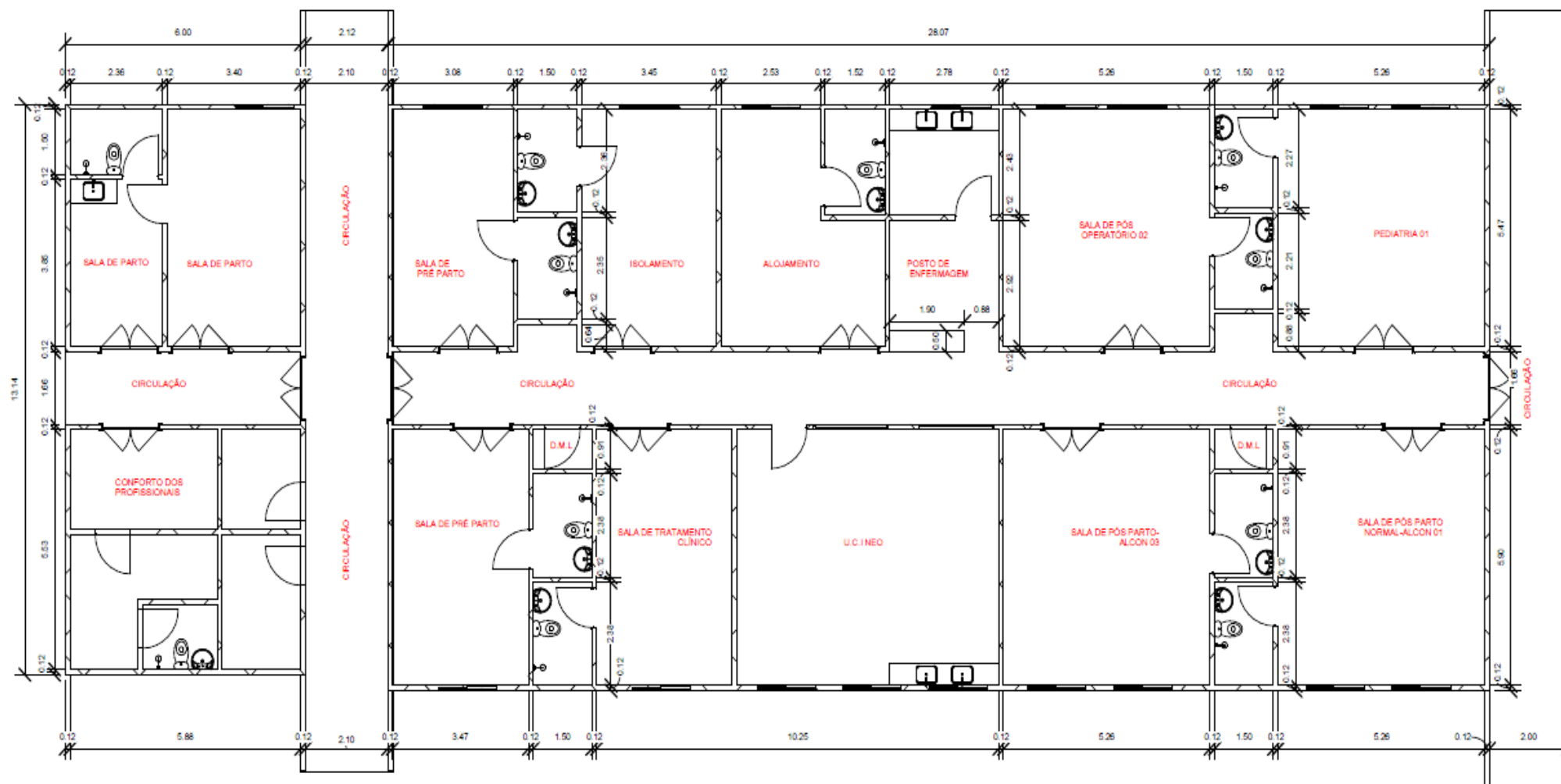
Fonte: <https://d.emtempo.com.br>

Figura 3 - Mapa do estado do Amazonas, com destaque os municípios de Tefé e Manaus



Fonte: [visitetefe.com](http://visitetefe.com)

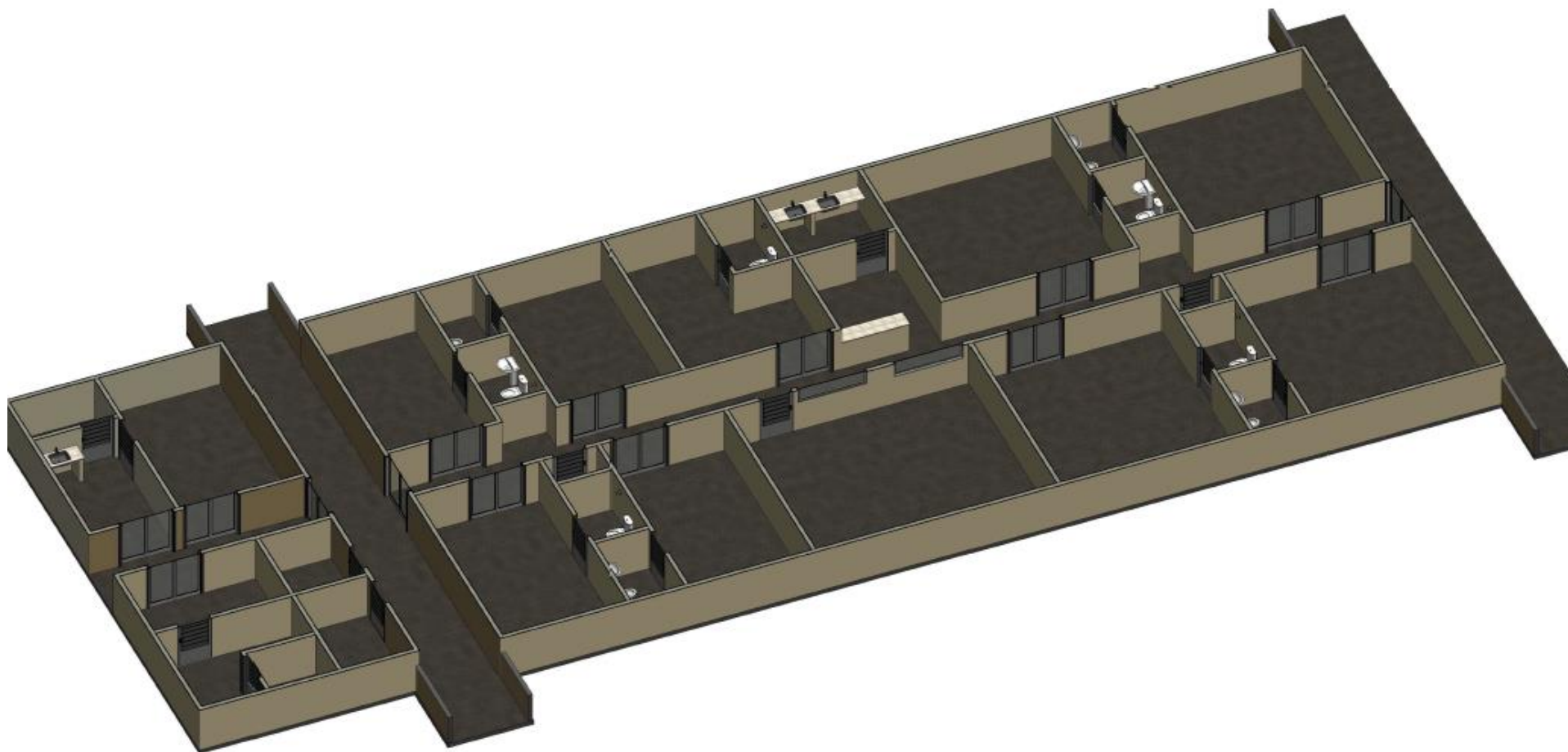
Figura 4 - Planta baixa da Maternidade



Fonte: Autoria Própria



Figura 5 - Planta baixa da Maternidade em 3D



Fonte: Autoria Própria

Quanto aos recursos humanos existentes no Hospital Regional de Tefé, buscamos extrair informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2019), um portal de domínio público, de onde se pode evidenciar o número de Médicos, Enfermeiro e Técnicos de Enfermagem (Quadro 01).

Quadro 1 -Profissionais cadastrados no Hospital Regional de Tefé

<b>Categoria</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Profissionais Maternidade</b>	<b>Participantes do Estudo</b>
Técnico de Enfermagem/Parteiras	55	22	14
Médico	16	3	02
Enfermeiro	12	10	10
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>35</b>	<b>26</b>

Fonte: CNES, 2019

### 5.3 Coleta de Dados

Os estudos de etnoenfermagem habitualmente cobrem um período de tempo, que depende do fito de domínio de investigação, o cuidado obstétrico, e se o pesquisador deseja determinar um estudo do tempo (Leininger& McFarland,2006). Partindo da premissa de que a pesquisadora conhecia o hospital, foi necessário o período de 60 dias corridos para a realização da OPR, a fim de explorar a temática da assistência ao parto. A coleta de dados ocorreu entre os meses de março e abril do ano de 2018 e durante esse período a pesquisadora esteve imersa dentro da unidade hospitalar.

A permanência da pesquisadora dentro do hospital possibilitou o vínculo com os profissionais e contribuiu com o levantamento dos dados e a interação diária com as mulheres estabeleceu confiança, o que facilitou as entrevistas com as mesmas, ressaltando que não houve nenhuma recusa.

As fontes deste estudo foram observacional e oral. Para alcançar a coleta de dados foram utilizados alguns instrumentos para facilitar a investigação: 1) Observação-Participação-Reflexão (APÊNDICE A); 2) Questionário de caracterização profissional (APÊNDICE C); 3) Entrevista semiestruturada (APÊNDICE B, D). O guia de estudo foi o Modelo de Sunrise, baseado na Teoria que serviu de base para a coleta de dados e a análise dos resultados.Quanto a fonte observacional, o setor analisado foi a área designada pela gestão como o local de assistência obstétrica da Unidade de Saúde.

### 5.3.1 OBSERVAÇÃO-PARTICIPAÇÃO-REFLEXÃO

A OPR foi utilizada com o objetivo de conhecer a visão sobre assistência ao parto e nascimento a partir de Recursos Estruturais, Política Nacional ao Parto e Nascimento, Processo de Trabalho, Rotina da Maternidade, Boas Práticas, Financiamento e Capacitação e qualificação profissional (Vide Modelo de Sunrise) que podem influenciar no padrão do cuidado materno.

Foi utilizado para este estudo as quatro fases do Capacitador: Observação, Participação e Reflexão (OPR) de Leininger, que pode ser observado no Quadro 02.

Quadro 2 – As Quatro Fases da Observação – Participação e Reflexão

	1	2	3	4
Fases	Observação e ação ativa de ouvir (sem participação ativa).	Observação com participação limitada.	Participação com observações continuadas.	Reflexão e reconfirmação de resultados com os informantes.

Fonte: LEININGER & McFARLAND, 2006.

Na Fase 1 – Observação e Ação Ativa de Ouvir, o pesquisador se concentra apenas nas observações dos itens listados no Quadro 02. O observador busca obter uma visão ampla da situação e, gradualmente, faz observações detalhadas. É essencial que seja reservado algum tempo para a documentação detalhada das observações, antes que haja interação ou participação mais direta com as pessoas, pois isto permitirá verificar o que está ocorrendo antes que a situação seja influenciada pela participação de um estranho (LEININGER & McFARLAND, 2006).

Na Fase 2 – Observação com Participação Limitada, a observação é contínua, mas alguma participação ocorre. O pesquisador começará a interagir mais com as pessoas e observa suas respostas (LEININGER & McFARLAND, 2006).

Na Fase 3 – Participação com Observações Continuadas, o pesquisador se tornará um participante nas atividades dos informantes, ficando difícil fazer observações detalhadas de todos os aspectos. Será desenvolvido vários níveis de participação para aprender com as pessoas, sentir e experimentar através do envolvimento direto nas atividades (LEININGER & McFARLAND, 2006).

Na Fase 4 – Fase de Reflexão e Reconfirmação de Resultado com os Informantes, o pesquisador fará observações reflexivas para determinar o impacto dos eventos, ou dos acontecimentos na vida das pessoas. Essa fase irá auxiliar o pesquisador a complementar a influência sofrida e a exercida nas pessoas.

Representa uma síntese de todo processo de forma sequencial e particular, para obter uma visão global (LEININGER & McFARLAND, 2006).

O guia de observação participação e reflexão – OPR foi elaborado com base nos documentos a seguir: Portaria Nº 11 de 2015, RDC Nº 36 de 2013 e Portaria da Rede Cegonha. A OPR corresponde ao (Apêndice D) check list para a avaliação do ambiente, da estrutura física, equipamentos e materiais.

### 5.3.2 COLETA DE DADOS DOS PROFISSIONAIS

Para avaliar os recursos humanos, foi realizada uma entrevista semiestruturada aplicando o roteiro de entrevista, contendo 17 perguntas abertas, com profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem. Para os gestores foi aplicado o roteiro de entrevista específico para este cargo, contendo 9 perguntas abertas. Além disso, foi aplicado o questionário de caracterização profissional (contendo questões sociodemográficas, formação acadêmica e experiência profissional).

### 5.3.3 COLETA DE DADOS DAS PARTURIENTES

Para a coleta de dados das parturientes, utilizamos uma entrevista com um roteiro contendo 14 questões, além de serem solicitadas informações sociodemográficas.

Foi realizado o agendamento com data, local e horário na perspectiva de tornar-se mais acessível a todos. Os dados foram coletados entre os meses de março e abril do ano de 2019. Todos os dias, foi apresentado o projeto de pesquisa e informado de forma clara a importância da participação de todos no estudo, bem como sobre as contribuições esperadas com intuito de mudar os indicadores de morbimortalidade materna e neonatal. Após a explanação, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aos que se propuserem participar do estudo foi entregue o TCLE para assinatura (Apêndice E). Em seguida foram aplicados os instrumentos.

## 5.4 Aspectos éticos

Inicialmente, foi entregue pela direção da unidade hospitalar o termo de anuência para realização da pesquisa. Concomitantemente o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa(CEP) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), atendendo à Resolução 466/2012, que fundamenta os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Da mesma forma, reitera-se que este estudo foi submetido ao CEP respeitando a Resolução 580/2018, que estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde, este estudo foi aprovado pelo CEP- UFAM com o CAAE 047023186.0000.5020.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi elaborado conforme os preceitos éticos, utilizando linguagem simples com informações sobre o objeto de estudo, métodos, riscos, benefícios e o incômodo que poderia ocasionar ao participante, além da garantia do sigilo. O TCLE foi elaborado em duas vias, sendo entregue uma via para o participante e a outra via foi arquivada pela pesquisadora.

Para preservação da identidade das parturientes e dos profissionais na identificação dos discursos, utilizaram-se nesta pesquisa, expressões populares: nome de rios e lagos e nome de mulheres indígenas.

Os riscos deste estudo foram mínimos, podendo o participante ter sentido constrangimento e desconforto ao responder as perguntas, com possibilidades de gerar ansiedade e gerar dúvidas para respondê-las, além de estresse emocional, invasão de privacidade e sentimentos de discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado.

As medidas utilizadas para minimizar estes riscos foram: a garantia de, local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras, para minimizar desconfortos, ressaltando que a pesquisadora esteve habilitada ao método de coleta dos dados e atenta aos sinais verbais e não-verbais de desconforto. Foi assegurada a confidencialidade, privacidade, proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas.

Quanto aos benefícios da pesquisa, estes poderão trazer reflexão sobre a assistência prestada na cena do parto e nascimento, além de contribuir com subsídios para um melhor direcionamento das ações e serviços na atenção prestada ao parto e nascimento.

Após a assinatura e/ou impressão digital para depoentes analfabetas, foram iniciadas as entrevistas que foram gravadas em MP3. Durante a transcrição dos áudios os nomes dos profissionais participantes foram substituídos por pseudônimos de rios e lagos do Amazonas para os e as parturientes receberam nomes indígenas do território brasileiro.

## **5.5 Análise dos Dados**

Os dados foram analisados à luz da etnoenfermagem. A análise etnográfica ou a etnoenfermagem, seguem um rigor e aproximação científica que possibilita uma análise das informações de maneira que os achados extraídos levem a compreensão de como um indivíduo com crenças e valores vivencia e conduz situações cotidianas relacionadas ao processo saúde-doença (LEININGER; MC FARLAND, 2006), ou neste caso relacionadas às vivências de parto e nascimento.

Após transcrição das entrevistas gravadas, os dados foram agrupados em categorias, utilizando-se a análise de conteúdo, especificamente a análise temática. De acordo com o embasamento metodológico utilizado neste estudo, a análise foi realizada em quatro fases: 1 – coleta e documentação dos dados brutos; 2 – identificação de descritores e componentes; 3 – análise contextual e de padrão; 4 – identificação dos temas, achados relevantes e formulações teóricas (LEININGER; MC FARLAND, 2006).

## **6 RESULTADO E DISCUSSÃO**

### **6.1 Depoentes**

Foram convidados a participar deste estudo, todos os gestores e profissionais de saúde atuantes no cenário de parto e nascimento do Hospital Regional de Tefé-AM e apenas 01 médico não aceitou participar, assim foram incluídos 30 (trinta) profissionais da unidade, sendo 04 gestores, 02 médicos, 14 técnicos de enfermagem e 10 enfermeiros. A amostra de parturientes foi realizada por saturação dos dados, chegando ao quantitativo de 37 mulheres usuárias do serviço de obstetrícia.

#### **6.1.1 CARACTERIZAÇÃO DOS DEPOENTES**

##### **6.1.1.2 Profissionais de saúde**

Foram utilizados como critérios de inclusão dos profissionais gestores, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem ou parteiras: Atuar na área obstétrica; Falar e compreender o português; Estar contratado há pelo menos um (01) ano; Ter plantões regulares e possuir vínculo empregatício com a instituição. Os critérios de exclusão foram: Afastamento do local de trabalho por motivo de licença prêmio ou licença por motivos de saúde e férias.

##### **6.1.1.3 Mulheres**

Os critérios de inclusão utilizados para selecionar as puérperas foram: mulher no pós-parto vaginal sem intercorrências. O critério de exclusão foi: Mulher com idade inferior a 18 anos; Não falar e/ou não compreender o português.

##### **6.1.1.4 Gestores das Unidades de Saúde**

Foram entrevistados 04 gestores sendo 02 (50%) do sexo feminino e 02 (50%) do sexo masculino, com idade entre 28 e 42 anos. Quanto à trajetória acadêmica, constatou-se que 03 (75%) possuíam ensino superior completo e 01 (50%) ensino superior incompleto.

As funções por eles desempenhadas corresponderam a gestão geral do hospital como: Gerência administrativa financeira, direção da unidade, gerência de enfermagem e gerência do cuidado médico.

Todos os médicos depoentes neste estudo foram do sexo masculino, cujas idades foram 33 e 52 anos. O tempo de atuação foi equivalente ao tempo de graduação, bem como curso de especialização no campo de atuação.

O total de especialistas em ginecologia e obstetrícia foi semelhante em ambas as fontes de informação (gestão e médicos), que referiram a atuação de 03 profissionais nesta especialidade, contudo um deles não aceitou participar.

No que diz respeito à carga horária e vinculação na maternidade, os profissionais médicos são contratados e realizam plantões de 24 horas durante dez dias seguidos por mês.

Em relação aos enfermeiros que participaram do presente estudo, 7 (78%) eram do sexo feminino e 2 (22%) do sexo masculino, possuindo idade entre 26 e 39 anos. No que diz respeito ao perfil dos enfermeiros atuantes na maternidade de Tefé, o quadro 05 apresenta o detalhamento de cada entrevistado.

Quanto à equipe técnica, todas as entrevistadas foram do sexo feminino com idade entre 36 e 56 anos. A carga horária era constituída em média por 13 plantões mensal. Quanto ao vínculo dos profissionais no serviço, 06 eram concursados e 04 contratados. A carga horária das técnicas de enfermagem atuantes na Maternidade, teve a média de 14 plantões, já em relação ao vínculo, 8 afirmaram ser concursadas e 6 contratadas.

Posteriormente a categorização do perfil dos profissionais entrevistados, os resultados da análise dos depoimentos colhidos e transcritos estão apresentados em duas categorias, com subcategorias respectivas: 1) Assistência hospitalar no processo de parto e nascimento sob a perspectiva do profissional da saúde e subcategorias: Os fatores tecnológicos que influenciam no parto e nascimento; Médicos; Enfermeiros; Técnicos de enfermagem; Gestores. 2) Cuidado popular sob a perspectiva da parturiente e subcategorias: Caracterização da parturiente; Perspectiva e experiência ao parto; Práticas populares; Violência obstétrica.

## **6.2 Assistência Hospitalar no Processo de Parto e Nascimento sob a Perspectiva do Profissional de Saúde**

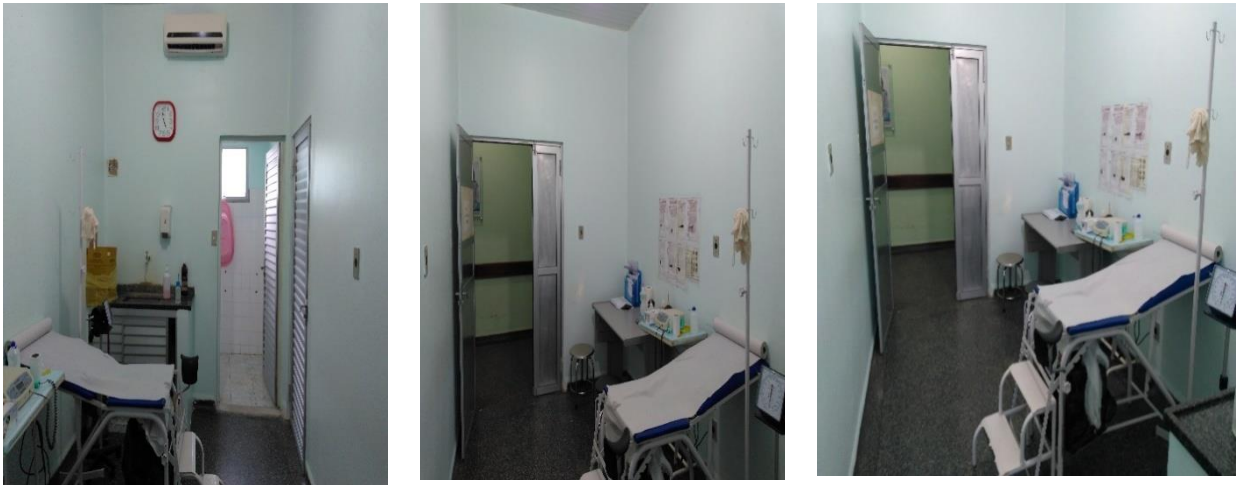
### **6.2.1 OS FATORES TECNOLÓGICOS QUE INFLUENCIAM NO PARTO E NASCIMENTO**

Embora as evidências científicas tenham mostrado que não só a disponibilidade de recursos humanos, mais a estrutura da unidade de saúde, como uma maternidade por exemplo, são essenciais para o processo de parto e nascimento. No entanto, muitas são as inadequações existentes em nossa atualidade, o que causa sérios danos à qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2018).



Neste contexto, enfatiza-se que na unidade de saúde onde desenvolveu-se o presente estudo, a estrutura em que atualmente funciona a maternidade não foi construída com essa finalidade, pois anteriormente neste espaço funcionava o centro cirúrgico. Quando a gestante chega na maternidade é avaliada na sala de exames, onde são realizado os toques, escuta de batimentos cardíofetais, realização de teste rápido, verificação de pressão arterial, entre outros (Figura 06).

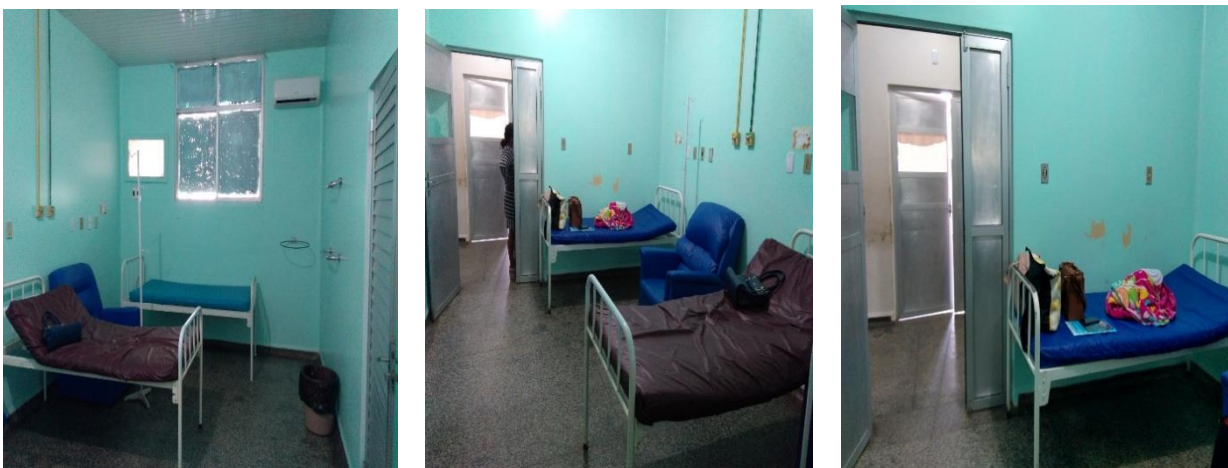
Figura 6 – Sala de Exames



Fonte: A Autora (Foto Autorizada)

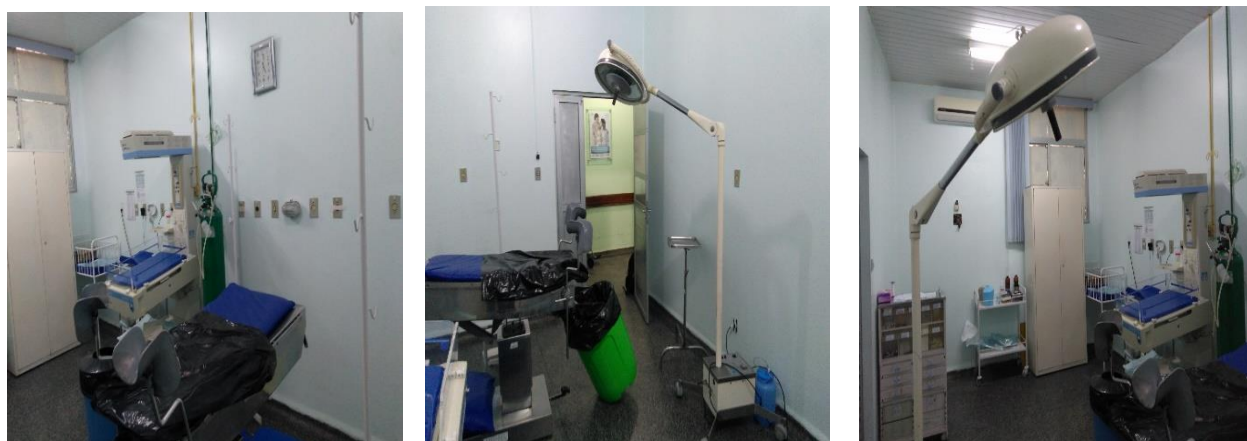
Posteriormente à admissão, a parturiente é conduzida para o pré-parto (maca estreita), cuja estrutura permanece no modelo tradicional (Figura 07). Neste local a gestante se acomoda em maca estreita, sem privacidade, até o início do período expulsivo, quando será levada para a sala de parto para dar à luz em uma cama ginecológica que permite apenas a posição de litotomia (Figura 08).

Figura 7 - Sala de Pré-parto



Fonte: A Autora (Foto Autorizada)

Figura 6 – Sala de Parto



Fonte: A Autora (Foto Autorizada)

Após o término do parto a mulher é transferida, em uma cadeira de rodas, para o leito juntamente com o seu bebê, onde permanecerá até receber a alta. O local se caracteriza como uma grande sala contendo em média de 5 leitos, sem qualquer divisão entre eles.

A área de deambulação para as gestantes é restrita, pois o espaço físico da maternidade é suscito (Figura 09). Assim, é disponibilizado um corredor tendo adiante o centro cirúrgico e atrás a ala da pediatria. Estas não podem deambular nos outros setores e acabam permanecendo reservadas neste local.

Figura 7 – Corredor da Maternidade



Fonte: A Autora (Foto Autorizada)

Fortalecendo as observações da pesquisadora, pode-se observar os banheiros disponíveis para os usuários (Figura 10). Os mesmos não dispõem de chuveiro elétrico e portanto, fica inviável a oferta de banho morno para as parturientes, esta uma medida não farmacológica para alívio da dor.

Figura 8 – Banheiro da maternidade



Fonte: A Autora (Foto Autorizada)

Consideramos relevante identificar os equipamentos cadastrados no CNES, uma vez que o estudo visa identificar os equipamentos disponíveis no hospital, sendo eles: 01 mamógrafo, 01 Raio-X, 01 Ultrassom Ecográfico, 02 berços aquecidos, 01 bomba de infusão, 04 desfibriladores, 02 equipamentos de fototerapia, 04 incubadoras, 01 monitor de ECG, 10 Ambus, 02 ventiladores e 01 eletrocardiógrafo, que favorecem positivamente o processo de parto e nascimento. Em discordância com o CNES, os equipamentos de diagnóstico por imagem e o Raio-X estavam sem funcionamento no momento da coleta de dados.

O preparo para atuação profissional não necessita apenas de aporte técnico-científico e habilidade para lidar com o processo de saúde-doença, pois destaca-se que o conhecimento das questões estruturais pode ser considerado ferramenta facilitadora para lidar com a resolução de problemas e o desenvolvimento da assistência em saúde.

Nesse sentido, Antonini et al. (2014) considera que o cuidar é um conjunto que envolve condições econômicas, sociais, culturais e de estrutura onde todos estão inseridos. Por isso, os profissionais de saúde, precisam estar aptos a receber uma população com diversas culturas e contextos singulares.

Em se tratando da junção do perfil profissional com o fator tecnológico, segundo a OMS é indispensável que as boas práticas de atenção ao parto e nascimento sejam realizadas mediante a inovação do modelo obstétrico alicerçado por tecnologias de cuidado não invasivas (PEREIRA et al., 2018).

Com base neste olhar, apresentamos a visão dos profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre a realidade da assistência obstétrica no Município de Tefé, considerando as potencialidades e fragilidades que envolvem o processo de parto e nascimento.

Conceitualmente, as padronizações são ações e decisões profissionais que dão suporte, facilitação ou capacitação para o desenvolvimento da assistência. Visam a reorganização, substituição ou modificações do estilo de vida com padrões de cuidado diferenciados, na finalidade de promover hábitos de vida saudáveis, resguardando os valores, culturas e crenças de cada etnia (LEININGER &McFARLAND, 2006).

Sobre ambiência, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA conceitua como um “espaço físico, profissional e de relações interpessoais”. Assim, entende-se que tais espaços devem estar voltados para proporcionar uma assistência acolhedora, adequada e resolutiva, garantindo a qualidade do atendimento e proporcionando a satisfação tanto de pacientes quanto de profissionais (BRASIL, 2018).

Ainda neste ponto salienta-se ser indispensável que os projetos arquitetônicos das maternidades sejam feitos para atender os fluxos das pacientes, de seus acompanhantes, dos visitantes e funcionários (BRASIL, 2018).

Trazendo para realidade encontrada no presente estudo, a estrutura física da maternidade apresenta-se com espaço inadequado, por inicialmente ter sido

planejada como centro cirúrgico. Além disso, foi observado que a falta de recursos materiais e insumos dificulta a execução de uma assistência de qualidade ao parto e nascimento.

Segundo Donabedian (1980), quando se trata de "estrutura" não se restringe apenas ao espaço físico adequado, dentro dos padrões em ambiência, mas engloba recursos humanos, recursos físicos e recursos financeiros disponíveis para a promover ações para cuidados de saúde.

Assim sugere-se que órgãos competentes sensibilizem-se para melhoria da qualidade da assistência, disponibilizando espaço físico adequado, além de recursos humanos e materiais suficientes para o exercício do cuidado humanizado.

### 6.2.2 MÉDICOS

O tempo de serviço dos profissionais em maternidade foi bastante diversificado, pois dentre os participantes foram encontrados O *Lago de Tefé* que atua há 5 anos, enquanto o *Lago de Ualá* afirmou atuar há 37 anos. Contudo, no que concerne a participação em capacitações profissionais a frequência dos médicos foi de 100%.

A busca pela melhoria da assistência e de se propor um cuidado humanizado no parto e nascimento, embora se tenha avançado e vencidas muitas barreiras, ainda é uma questão que possui muitas lacunas, sendo a maioria relacionada ao perfil e conduta profissional neste processo (SILVA et al., 2017).

Para que os profissionais que atuam em obstetrícia possam realizar boas práticas no parto e nascimento segundo a OMS, necessitam atuar em locais estruturados adequadamente e obedecer às recomendações preconizadas pelo Ministério da saúde, dentre elas a rede cegonha (PEREIRA et al., 2018).

Ao serem questionados quanto a expectativa de oferta de uma assistência humanizada e de qualidade, os profissionais médicos ressaltaram que não ofertam uma assistência de qualidade devido às deficiências de recursos estruturais, processo de trabalho inadequado e pagamentos inapropriados, conforme apresentado nas falas a seguir:

*Falta de material cirúrgico, insumos, fios de sutura, pinças antigas. Ambiente pequeno, apenas 01 sala de parto, complicado quando tem mais de três mulheres. Exames de laboratório incompletos, falta de medicamento (Tenoxicam, ocitocina). (Lago de Tefé)*

*Equipe multidisciplinar incompleta, acesso facilitado e condução da grávida, reajuste salarial, sala de parto humanizado, expandir o centro cirúrgico e hospital. (Lago de Ualá)*

Como observado, os recursos estruturais são indispensáveis para uma assistência humanizada e de qualidade. Embora o Ministério da Saúde possua táticas para aperfeiçoar a qualidade da assistência, este processo depende de tecnologias adequadas para as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento (PEREIRA et al., 2018).

As expressões das gestantes evidenciam pouca participação do profissional médico e maior execução do parto e nascimento por parteiras, demonstrando falhas no cuidado a parturiente.

A Organização Mundial de Saúde recomenda que o processo de trabalho de parto e nascimento seja humanizado, com a participação da equipe multiprofissional na assistência para que haja qualidade do cuidado materno-infantil e conseqüentemente o nascimento e puerpério saudáveis (ROMÃO et al, 2018).

A preservação do cuidado é a compreensão e entendimento da equipe de enfermagem pelas questões religiosas, culturais e modos de vida. Tal preservação incide quando as ações e decisões dos profissionais da assistência ofertam suporte e auxiliam as pessoas de uma determinada cultura a manterem seu modo de vida e valores relacionados ao cuidado, respeitando a forma de promover saúde, recuperar-se da doença e enfrentar os seus limites (LENNINGER & MC FARLAND, 2006).

A observação da pesquisadora sobre a inserção pós-placentária de dispositivo intrauterino (DIU) é a de que *“ocorre nos partos normais de acordo como preconizado pelo Ministério da Saúde (OMS, 2009), essa prática precisa ser preservada”*.

A organização Mundial de Saúde (2009) evidencia que a inserção do DIU tem diversos benefícios e é um alternativa adequada e muito eficiente para a contracepção no pós-parto. No Brasil, somente 2% das mulheres utilizam o DIU como forma de se proteger contra 30% que utilizam os anticoncepcionais orais, mesmo que seja comprovada a eficácia do Dispositivo intrauterino e a falha dos anticoncepcionais orais 10 vezes maior que o método citado anteriormente.

### 6.2.3 ENFERMEIRO

Quanto à trajetória educacional dos enfermeiros atuantes na Maternidade, o perfil mostrou que sua experiência variava de três a dez anos de atuação. Levando em consideração o aprimoramento acadêmico, oito enfermeiros afirmaram possuir curso de pós-graduação e apenas dois enfermeiros não realizaram nenhuma especialização.

Um único enfermeiro fica responsável por 3 setores, sendo estes: Clínica médica com média de 35 pacientes por dia, UCI (Unidade de Cuidado Intensivo) média de 4 bebês diariamente e Maternidade com média de 32 atendimentos diários a mulheres.

Segundo a Resolução do COFEN nº 543/2017 que regulamenta e estabelece os parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem, a maternidade é classificada como cuidado intermediário, sendo adequado 1 profissional de enfermagem para cada 4 mulheres. Por sua vez, a clínica médica é caracterizada por pacientes com perfil de cuidado semi-intensivo, então se recomenda 1 enfermeiro para cada 6 pacientes e na Unidade de Cuidado Intensivo é adequado 1 enfermeiro para cada 2,5 pacientes.

Além da sobrecarga de leitos por enfermeiros, os profissionais ressaltaram outras dificuldades, a saber:

*Eu posso dizer que não tem essa comunicação entre maternidade e atenção básica. (...) É uma falha muito grande, primeiro mais recursos humanos, equipamento funcionando, tem que ter mais equipamentos. (Rio Purus)*

*Falta muita coisa, né. O obstetra a gente já tem. Tá faltando à capacitação. Precisa de enfermeiro obstétrico, pra poder tá na área da maternidade, (...) tem que ter as capacitações, as educações continuadas, tem que ter um número de profissionais suficientes pra atender a demanda, a enfermeira da atenção básica tem que ter união com o enfermeiro do hospital e é isso. (Rio Negro)*

Para Camargo et al., (2015), as ações educativas sob o aspecto cultural para a enfermagem, é essencial, pois busca desvelar novas estratégias do profissional para a promoção da saúde das mulheres, no sentido de valorizar a cultura, efetivar a comunicação entre profissionais e usuárias e otimizar o processo de trabalho.

Quando se refere à enfermagem cultural no Brasil, nota-se que ainda existe uma grande barreira dos profissionais em perceberem a diversidade de culturas e

crenças do território, contudo embora a cultura seja vista de maneira irrelevante, entende-se que a implementação do cuidado de qualidade necessite de vários fatores para que possa se tornar realidade (ANTONINI et al., 2014).

*Primeiramente assim, existe uma grande demanda de paciente, porque em Tefé tem tanto as grávidas daqui, e também o hospital, ele recebe também vários pacientes de interiores. Isso dificulta a assistência pelo fato de nós no hospital termos um baixo número de funcionários, principalmente de enfermeiros e técnicos (...) então o enfermeiro acaba às vezes assumindo tanto a maternidade, quanto a clínica médica e a Unidade de Cuidados Intensivos. E um enfermeiro só pros três setores, eu acho que isso é completamente inviável, certo. (Rio Juruá).*

Por conta da grande demanda de atendimentos, os enfermeiros acabam deixando a maternidade sobre responsabilidade das parteiras que dispõem de vasta experiência na assistência ao parto e nascimento. Na maioria das vezes, retornam ao setor ao final do plantão para preencher o censo, evoluir os prontuários que tiveram intercorrências e os livros.

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, a Portaria nº 1.459 e a Resolução nº 516/2016 do Conselho Federal de Enfermagem, recomendam que a assistência ao parto normal sem distócia e ao recém-nascido de risco habitual sejam realizadas por um enfermeiro obstetra.

No quadro de profissionais especialistas da maternidade foram contratados apenas 02 (dois) enfermeiros obstetras, os demais possuem especialização em outra área. Em detrimento aos preceitos éticos para realização da assistência ao parto normal com gestantes de risco habitual, considera-se importante que essa realidade seja modificada dentro do serviço onde o presente estudo foi realizado.

Corroborando com este achado, a literatura recomenda que os órgãos de fiscalização e controle da enfermagem devem notificar, além de estimular essa mudança dentro da assistência obstétrica em maternidades, a fim de garantir que os partos normais de baixo risco sejam acompanhados por enfermeiros obstetras (VIEIRA et al, 2012).

#### 6.2.4 TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

As técnicas de enfermagem atuantes na Maternidade são parteiras com experiência na área e especialização de nível técnico em obstetrícia. O tempo de formação variou entre um a quinze anos.



Em relação ao nível de participação em capacitações realizadas na unidade, observou-se que apenas dois técnicos de enfermagem referiram não ter tido a oportunidade de participar do processo educacional.

Para aprimorar este cenário, foi perguntado a este grupo de profissionais se a instituição oferecia educação permanente e com que frequência, do qual obtivemos as seguintes expressões:

*Olha, pelo o que o meu entender de parteira 20 anos (...) só quem deu muito curso pra nós, foi o Mamiraua (instituição de pesquisa), ele deu muito curso pra nós e aprendemos com a obstetra que vinha de Brasília, eu tenho muito certificado sobre, o parto humanizado. (Rio Pitinga)*

*Sempre vem para as parteiras, sempre vem cursos. Olha até ano passado eles tinham um cronograma de cursos que iam ter durante todo o ano. (...) (Rio Ipixuna)*

*Nós estamos mais ou menos 3 anos sem cursos. Já vários antigamente oferecia, agora nunca mais nós tivemos. (Rio Juruá)*

Refletindo sobre as falas, é perceptível que existe pouca oferta da instituição para os profissionais técnicos de enfermagem, o que condiciona no déficit de boas práticas no processo de parto e nascimento.

Na enfermagem, o cuidado é tido como a base que estrutura a profissão e que necessita não apenas de técnicas e procedimentos, mas de todo um arcabouço de assistência, pois se acredita que a enfermagem obstétrica quando bem estruturada dá suporte ao processo de partear (RAMOS et al., 2018).

Neste pensamento refletimos sobre a visão dos técnicos de enfermagem sobre as fragilidades existentes na maternidade:

*Eu acho que é o espaço que nós temos aqui na maternidade, porque é uma maternidade pública e ela é pequena pra demanda de hoje. Ter equipamentos próprios, essas salas das puérperas. (Rio Abacaxi)*

*Eu acredito que seja pouco funcionário, até hoje eu falei com a gerente, são poucos funcionários, assim pra ajudar, porque a gente não, às vezes até sente vontade de ir mais profundo ficar só com aquela paciente (...). (Rio Madeira)*

*Eu acho que seria uma equipe multidisciplinar, psicóloga, as doulas, fisioterapeuta seria uma assistência adequada. E também que as parteiras pudessem marcar consulta com a psicóloga pois às vezes ficamos estressadas às vezes têm os problemas de casa, os problemas com os acompanhantes que muitas vezes eles ficam a discutir, eles não entendem o momento, e tudo isso fica tudo dentro da gente, daí às vezes a gente já chega em casa solta tudo lá com a família né, daí a gente não tem atendimento. E os materiais essas coisas, assistência pra nós mesmos*

*profissionais se consultar com o neurologista, com o ortopedista quando vem porque devido os movimentos repetitivos a nossa mão fica doendo e isso tá afetando nossa coluna, maioria tá com problema de coluna. É devido não ter o maqueiro já sofri até acidente de trabalho porque empresei minha mão e quase quebra ela. (Rio Acari)*

*Acho que precisa ainda muita coisa, porque hoje nós já trabalhamos com parto humanizado né, então hoje as parturientes não têm quase noção do que é parto humanizado né, porque geralmente a mulher quando ela vem, ela já vem com aquela coisa na cabeça que ela tem que ter o papel lá naquela posição ginecológica, e o parto humanizado ele não preconiza isso. (...) A mulher tem que ter o bebê dela na sala de parto na posição ginecológica, quando que ela tem na cama eles vão questionar porque que o bebê nasceu ali e não na sala de parto e então isso aí muitas vezes prejudica até a gente porque vamos direto pra direção. (Rio Biá)*

De acordo com a literatura, alguns avanços têm sido visíveis no que se refere a mudanças positivas sobre a atenção ao parto e nascimento, como as iniciativas do Ministério da Saúde com a criação do Programa de Humanização e a implantação da Rede Cegonha, lançada em 28 de março de 2011, as quais estão conectadas para intervir em práticas de saúde desumanizadas, estabelecendo normas e padrões de assistência adequados, assegurando o direito de acesso ao serviço de saúde de qualidade de maneira a garantir o parto e nascimento seguros (BRASIL, 2011).

Vendo os cuidados culturais como o conhecimento e a comunicação interpessoal para se atuar efetivamente com indivíduos de outras culturas e etnias, os profissionais de saúde podem proporcionar à mulher - com a preparação para o parto - um espaço de aprendizagem, não só sobre o trabalho de parto, parto e pós-parto, mas também sobre a própria gravidez, as modificações que ocorrem no organismo para que ela compreenda a seu corpo e expresse seus problemas e receios (COUTINHO et al., 2014).

Durante a preparação para o parto, os profissionais de saúde têm a oportunidade de capacitar a grávida/casal para gerir os medos relacionados ao parto e pós-parto, informar acerca dos cuidados necessários consigo e com o recém-nascido, promovendo o empoderamento (COUTINHO et al., 2014).

Durante a observação da pesquisadora, foi verificado que as políticas públicas voltadas ao parto e nascimento e as intervenções realizadas nas mulheres durante o parto não são discutidas nas rotinas de serviço. Tal medida é essencial para identificação de possíveis falhas na assistência, o que contribui para melhoria do cuidado prestado, assim sugere-se que essa prática precisa ser repadronizada.

Embora muitos avanços tenham sido alcançados ao longo dos anos desde a implantação da Rede Cegonha, ainda é possível evidenciar lacunas na qualidade

dos serviços de saúde, lacunas em relação à assistência, infraestrutura e disponibilidade de profissionais em número adequado (BRASIL, 2017). Corroborando com este dado, estas dificuldades foram identificadas no local de estudo, principalmente o déficit de profissionais, sendo notória a necessidade de aumento no quantitativo para suprir a demanda diária na maternidade.

Segundo Heidegger (2014), profissionais com uma carga de trabalho exaustiva somente desenvolvem procedimentos técnicos para suprir as necessidades básicas do paciente agindo de forma impessoal e não cuidando do ser de maneira humana e singular.

Corroborando com a literatura, estas condições estiveram presentes entre os profissionais de enfermagem participantes do estudo, pois foi observado que os mesmos estão trabalhando de maneira rotineira, mecanizada e de forma impessoal, o que dificulta o desenvolvimento de uma assistência holística e humanizada.

#### 6.2.5 GESTOR

A Política de Saúde da Mulher no contexto é uma das principais linhas de cuidado no âmbito da saúde, embasada pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) implantado em 1984 com ações qualificadas de assistência integral voltadas as mulheres em todos os ciclos de vida (BRASIL, 2005).

A expressividade desta linha se dá pela sobreposição do número de mulheres aos demais grupos populacionais, sendo o público feminino um dos principais integrantes da população brasileira no Sistema Único de Saúde (SU, o Ministério da Saúde (2011b, p. 15) Revendo a historicidade concernente a Política de Saúde da Mulher, o Ministério da Saúde (2011b, p. 15), afirma que:

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.

Com isso, a saúde da mulher tornou-se um programa reducionista e fragmentado, em que se focava apenas no ciclo gravídico-puerperal não enfatizando a assistência a mulher em todos seus aspectos (BRASIL, 2011). Nesse contexto, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher PAISM, criado em 1984 surgiu

como fruto da luta feminista que vai além das especificidades reprodutivas, propondo-se a atender as necessidades mais amplas em saúde, “centrado na integralidade e na equidade das ações” (BRASIL, 2005).

Pensando no arcabouço do PAISM, consideramos essencial conhecer - através da percepção dos gestores - como se desenvolve o cuidado cultural associado à política de saúde da mulher na Maternidade do Hospital Geral de Tefé e quais conhecimentos possuem sobre o PAISM .

*Conheço a Política de saúde da mulher (Gestor 01)*

*Conheço razoavelmente a Política de saúde da mulher (Gestor 02)*

*Sim conheço (Gestor 03).*

*Conheço (Gestor 04).*

O PAISM, em 2004 conquistou a conjuntura de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em que busca suprir lacunas em relação ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida, entre outras. A política mencionada reflete o compromisso de fortalecer as ações em saúde da mulher, tendo como propósito estabelecido pelo Ministério da Saúde a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, além do aprimoramento da atenção obstétrica (BRASIL, 2011).

A partir da implementação das políticas de atenção a saúde da mulher houve avanços imprescindíveis à transformação do padrão antes estabelecido. Com a atual PNAISM recomenda-se que os profissionais compreendam os “aspectos relacionados à promoção e humanização da saúde a fim de minimizar as iniquidades” (FREITAS, 2009).

Com base na estrutura legal desse cuidado, buscamos conhecer a missão e filosofia que direcionam a unidade de saúde em relação a assistência obstétrica sob conhecimento dos gestores, do qual apenas 02 deles expressaram-se:

*Acolher, humanizar, tem o direito de nascer de acordo com a filosofia do SUS, igualitária, sem violência (Gestor 03).*

*Assistência humanizada (Gestor 04).*

Ainda neste contexto, reitera-se que através da Portaria/GM nº 569/2001, foi criado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) pelo Ministério da Saúde para assegurar o acesso, cobertura e a qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, visando reduzir as taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registrados (BRASIL, 2002).

Na observação da pesquisadora, é relevante destacar que na maioria das vezes os profissionais da maternidade não compreendem a importância de desenvolver a assistência baseada nos aspectos políticos preconizados, desde o partear até o pós-parto e isto é capaz de interferir na qualidade da assistência ao parto e nascimento. Assim para que o processo de cuidado seja desenvolvido de forma coerente, é importante que baseie-se nos preceitos da humanização e nas evidências científicas.

Para a adequada cobertura da atenção a saúde da mulher durante seu ciclo reprodutivo desta linha de cuidado, estabelece-se que estados e municípios realizem adequações no ambiente e realizem adesão ao SUS, visando assegurar a atenção parto e nascimento seguro (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2005).

Sob a perspectiva do financiamento, questionamos os gestores se o recurso existente era suficiente para custear ao parto e nascimento da demanda existente:

*Não! tendo em vista atendermos todos os pacientes dos Municípios vizinhos e não há nenhuma contra partida financeira dos outros municípios (Gestor 01).*

*Não, preciso de mais enfermeiros, mais técnicos, equipamentos, leitos, sonar, aquecedores em cada enfermaria, ampliar o parto humanizado, humanizar o parto (Gestor 02).*

*Demanda alta, talvez sejam necessários novos investimentos, leitos de parto, ampliação da estrutura física (Gestor 03).*

A ideia de conhecer os gestores foi identificar o grau de conhecimento dos líderes da unidade e seu nível de conhecimento quanto a assistência obstétrica, as políticas e protocolos, além da infraestrutura local.

Deste modo, cabe ressaltar que o suporte necessário para a análise da situação a nível local, o planejamento e ações de gestores deve ser propiciado

através do SUS, para que a competência decisória seja baseada em dados objetivos e atualizados (BRASIL, 2005).

A educação permanente é de suma relevância e importância dentro da maternidade para que sejam discutidas as evidências científicas e sobretudo sejam realizados estudos com os casos que tiveram desfechos desfavoráveis, a fim de promover a evitabilidade das mesmas intercorrências.

Tal medida foi solicitada pelos próprios profissionais da unidade, que afirmaram considerar a educação permanente necessária, uma vez que a maioria gostaria de acompanhar as mudanças que ocorrem dentro da prática assistencial e não dispõem de tempo para buscar essa atualização fora do serviço.

Na concepção de Pereira et al. (2017) a educação permanente é um importante componente no processo de formação profissional e um elo importante de teoria e prática, para que sejam oportunizadas melhorias na competência e habilidade dos profissionais de enfermagem dentro da assistência obstétrica, além de remeter a uma reflexão acerca das práticas diante das novas evidências científicas.

Ainda, sugere-se a implantação de um grupo para discussão de causa raiz entre os profissionais da maternidade onde este estudo foi desenvolvido, de forma a contribuir com a melhoria da qualidade da assistência. Portanto, a prática de educação permanente na maternidade precisa ser repadronizada.

A análise de causa raiz (ACR) tem sido utilizada como uma ferramenta eficaz no mundo para reduzir a ocorrência ou recorrência de erros na assistência à saúde. Durante o período da coleta de dados, foi observado que não há encontros dos profissionais para discutir os casos com intercorrências ou partos com desfecho desfavorável, o que seria uma excelente estratégia para implantação e implementação da análise de causa raiz (MENEZES, 2016).

### **6.3 Cuidado Popular sob a Perspectiva da Parturiente**

#### **6.3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PARTURIENTE**

A caracterização das parturientes foi organizada com base no modelo de Sunrise para identificação do perfil das mulheres entrevistadas. Para apresentação dos fatores sociais e culturais sugeridos por Leininger, optamos pela distribuição dos achados através da OPR.



Quadro 3 – Caracterização das Parturientes

<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Religião</b>	<b>Procedência</b>	<b>Tipo de casa</b>	<b>IdadeGestacional</b>	<b>Nº de consulta pré -natal</b>	<b>Nº Gestações</b>
Aiyra	18	eu	Fundamental	Católica	Rural	Alvenaria	35	8	2
Amana	21	eu	Médio	Evangélica	Urbana	Alvenaria	41	5	3
Anahi	35	C	Fundamental	Evangélica	Rural	Alvenaria	40	3	7
Araci	19	UE	Fundamental	Evangélica	Urbana	Madeira	38	3	1
Lacina	37	UE	Fundamental	Católica	Urbana	Madeira	39	7	7
Yara	25	C	Fundamental	Católica	Urbana	Madeira	38	4	2
Irani	18	UE	Fundamental	Católica	Urbana	Madeira	38	4	2
Jaci	22	UE	Fundamental	Evangélica	Rural	Alvenaria	39	1	4
Jaciara	25	UE	Fundamental	Evangélica	Urbana	Alvenaria	39	10	3
Jurema	19	UE	Fundamental	Evangélica	Rural	Madeira	40	3	2
Jussara	46	C	Fundamental	Evangélica	Rural	Alvenaria	41	7	11
Kaolin	18	UE	Fundamental	Católica	Rural	Alvenaria	40	7	1
Kauane	18	UE	Fundamental	Católica	Urbana	Alvenaria	40	5	1
Maiana	23	UE	Fundamental	Evangélica	Urbana	Alvenaria	40	3	3
Maira	25	UE	Médio	Evangélica	Urbana	Alvenaria	38	4	1
Moema	22	UE	Fundamental	Evangélica	Rural	Alvenaria	36	5	2
Raira	19	UE	Fundamental	Evangélica	Urbana	Madeira	40	6	1
Tainá	30	UE	Fundamental	Evangélica	Rural	Madeira	40	7	4
Neti	20	UE	Médio	Evangélica	Rural	Madeira	39	9	1
Neca	18	UE	Fundamental	Evangélica	Urbana	Madeira	35	8	1
Nete	26	U E	Médio	Evangélica	Rural	Madeira	38	8	5
Nazide	23	C	Superior	Evangélica	Urbana	Madeira	38	8	1



Potira	31	C	Fundamental	Católica	Urbana	Madeira	41	8	2
Nita	18	UE	Fundamental	Católica	Urbana	Madeira	32	1	1
Nina	31	C	Médio	Católica	Urbana	Madeira	40	8	1
Uyra	32	S	Médio	Católica	Urbana	Madeira	38	8	4
Luna	31	UE	Fundamental	Católica	Urbana	Madeira	39	7	4
Dakota	38	UE	Médio	Católica	Urbana	Madeira	41	8	5
Alira	24	C	Fundamental	Católica	Urbana	Alvenaria	48	6	3
Landra	19	UE	Fundamental	Católica	Urbana	Alvenaria	39	5	1
Indira	19	UE	Médio	Católica	Urbana	Alvenaria	36	5	2
Sol	29	UE	Fundamental	Católica	Urbana	Alvenaria	Não sabe	2	3
Lua	23	UE	Médio	Evangélica	Urbana	Alvenaria	38	4	1
Mariah	26	UE	Médio	Evangélica	Urbana	Madeira	41	8	1
Nadi	19	UE	Fundamental	Evangélica	Urbana	Madeira	38	3	1
Merreni	30	C	Médio	Católica	Urbana	Madeira	40	5	3
Juraci	18	UE	Fundamental	Católica	Urbana	Alvenaria	40	8	1

Fonte: Dados Coletados pela Autora

A idade das parturientes variou de 18 a 46 anos. Neste cenário observamos que as depoentes correspondem a três gerações de idade. Entre as faixas etárias, quatorze tinham idade menor que 20 anos, quinze entre 21 a 30 anos, sete de 31 a 39 anos e uma acima de 40 anos.

Em relação ao estado civil/conjugal das parturientes 2 (5%) afirmaram ser mães solteiras, 25 (68%) disseram conviver com alguém ou possuir um parceiro, o qual consideramos como união estável, 9 (24%) disseram ser casadas e 1 (3%) estar na condição de separada.

No que diz respeito, ao companheirismo neste processo além dos relatos das depoentes foi observado pela pesquisadora que o acompanhamento do homem às parturientes é inexpressivo, sendo este substituído pela mãe da gestante, irmãs, tias, amigas e pessoas mais próximas da mulher.

No que tange os fatores educacionais das depoentes 9 (24%) possuíam ensino fundamental completo, 16 (43%), ensino médio incompleto, 10 (27%) ensino médio completo, 1 (3%) ensino superior incompleto e 1 (3%) ensino superior completo.

O fator educacional segundo Leininger&McFarland (2006), quando considerado nos permite conhecer não apenas como aplicar o cuidado, mas como esclarecer dúvidas e orientações no processo de parto nascimento.

Sobre o fator religioso mencionado pelas parturientes, 17 (46%) afirmaram ser católicas e 20 (54%) praticam a religião quer adotamos como evangélica. Leininger&McFarland (2006) refere-se à religião e fatores filosóficos como influenciadores do cuidado, quando cita que toda crença sustenta as ideologias humanas e logo o direcionamento do cuidado. Fator este imprecisável no processo de saúde e doença, bem como na prevenção, promoção à saúde e recuperação.

Em se tratando dos valores culturais, modo de vida e procedência das entrevistadas, constatamos que 24 (65%) são provenientes da zona urbana e 12 (32%) da zona rural. Entre estas apenas 01 (3%) afirmou residir em outro município. Quanto ao tipo de moradia, constatou-se que 17 (46%) residem em casas de alvenaria e 20 (54%) em casas construídas de madeira.

A teoria de Leininger sugere a análise dos valores culturais e modos de vida como outro fator capaz de influenciar o processo de parto e nascimento. Tais características são peculiares, podendo as residentes de zona urbana possuir

costumes e percepções diversificadas em relação ao parto e nascimento, quando comparadas às residentes na zona rural por exemplo.

O histórico obstétrico revelou que a maioria das depoentes encontrava-se com idade gestacional acima de 32 semanas e apenas uma delas não soube informar o tempo de gestação. Quanto ao número de consultas de pré-natal estas variaram de 02 a 10 consultas, onde percebe-se a existência de fragilidades na captação precoce e acompanhamento das gestantes no pré-natal.

Voltando o olhar para os valores culturais e modos de vida exercidos no ambiente hospitalar, ressalta-se que a maternidade oferta alimentação diferenciada, utilizando alimentos regionais. Além disso, foi observado pela pesquisadora que o hospital possui comunicação efetiva com a cultura, autorizando o acesso para a entrada de pajés, curandeiros entre outros, respeitando as práticas culturais no cuidado à saúde da mulher. Embora na maternidade não exista um espaço que seja destinado para casos singulares como indígenas, é válido mencionar que em uma das clínicas médicas existe um espaço adaptado para instalar a rede, respeitando as peculiaridades e cultura da mulher.

### 6.3.2 PERSPECTIVA E EXPERIÊNCIA NO PARTO

A gestação por ser um momento muito esperado pelos pais e especialmente pelas mulheres, constroem inúmeras expectativas e sentimentos relacionados a dor, ansiedade, medo e satisfação do partear (TOTES; SEIDL, 2016).

As parturientes evidenciam em suas falas as positivities de sua experiência no processo de parto e nascimento vividos no Hospital Regional de Tefé.

*“Posso dizer que foi boa, não foi 100% mas, me senti super segura com meu parto e bem satisfeita”. (Landra)*

*“Tudo andou bem, gostei de tudo que aconteceu, fui avaliada e foi ótimo.” (Jaci)*

*“Apesar de tudo foi algo bem vivenciado, fui tratada com atenção e cuidado, meu parto foi tranquilo, fui avaliada e me recuperei rápido, então gostei.” (Nina)*

*“Tudo ocorreu bem, fui super bem atendida, os profissionais me atenderam super bem, foi bem tranquilo.” (Tainá)*

As perspectivas e experiências do parto foram tanto positivas quanto negativas,

conforme visto nos depoimentos das parturientes:

*“Não muito boa, pelo fato dos profissionais pedirem que eu segurasse minha bebê dentro de mim por mais tempo, sendo que ela precisava ser retirada.” (Jacira)*

*“De início foi boa, tive atendimento rápido, porém depois não foi bem como eu desejava, então foi de boa a ruim.” (Iara)*

*“Nada ocorreu como eu esperava, fui mal atendida, fiquei muito tempo com fortes dores e não recebi atenção devida dos profissionais, enfim eu sofri muito e não foi bom.” (Naiara)*

Com base no pensamento de Romão et al., (2018) e nas expressões das depoentes, reforçamos a preconização da Organização Mundial de Saúde (OMS), quando recomendado que o processo de trabalho de parto e nascimento deve ser conduzido de maneira humanizada, para que haja qualidade do cuidado materno e conseqüentemente um nascimento e puerpério saudáveis aos elementos envolvidos no processo (Mãe e filho). Estas orientações reforçam metas relacionadas ao terceiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) a serem alcançadas até 2030.

Nesse sentido, enfatiza-se que ter um profissional ou equipe de saúde disponível para atender a mulher no processo de parto e nascimento não significa ter qualidade no processo de parto e nascimento, pois ter qualidade é garantir respeito e autonomia a mulher (OLIVEIRA et al., 2015).

O presente estudo também revelou as percepções das mulheres no momento de parto e nascimento, buscando conhecer o que sentiram antes do parto:

*“Senti umas contrações. Não esperava meu bebê no momento, pois tinha acabado de completar 8 meses e então quando cheguei na maternidade a bolsa estorou.” (Jacira)*

*“Sim, era minha vontade ter o tipo de parto que tive, pois sabia que a recuperação era mais rápida.” (Iandara)*

*“Senti as contrações e fui logo para o hospital e fui logo atendida.” (Jaci).*

*“Meu parto foi normal, minhas contrações estavam bem intensas, então fui imediatamente para sala do parto.” (Iara)*

*“Foi super bem, fui bem tratada e recebi atenção necessária dos profissionais, me orientaram a tomar bastante água por conta do leite que eu teria que amamentar depois do parto.” (Nina)*

*“Foi complicado, sentia contrações fortes e quando cheguei a maternidade, não fui imediatamente para sala de parto.” (Naiara)*

*“Foi normal, não senti tanta dor, perdi bastante líquido e quando piorou fui para o hospital.” (Tainá)*

Em consonância a estes dados, a literatura recomenda que para desenvolver uma assistência humanizada é essencial iniciá-la com acolhimento adequado, para que haja um plano de cuidado ideal, conforme a singularidade da mulher. Além disso, a articulação dos saberes populares com o conhecimento técnico é capaz de promover um diálogo amplo, realizando o esclarecimento de dúvidas, minimizando anseios e perspectivas negativas que podem desfavorecer o cuidado continuado (ROMÃO et al., 2018).

A preservação cultural incide quando as ações e decisões dos profissionais da assistência dão suporte e auxiliam as pessoas de uma determinada cultura a manterem seu modo de vida e valores relacionados ao cuidado, de forma a manter sua saúde, recuperar-se da doença e enfrentar os seus limites. Destaca-se que a preservação do cuidado é a compreensão e entendimento da equipe de enfermagem pelas questões religiosas, culturais e modos de vida (LEININGER & MC FARLAND, 2006).

Nesse sentido, a presença de acompanhante de escolha da parturiente é uma prática que precisa ser preservada dentro da maternidade indo ao encontro das boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

Em respeito ao processo decisório e autonomia da mulher, o Ministério da Saúde implantou em 2005 a Lei 11.108, de forma a garantir às parturientes o direito da presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diante disto, destaca-se a importância de respeitar este direito da mulher que se caracteriza como um dos aspectos de cuidado humanizado.

### 6.3.3 PRÁTICAS POPULARES DE CUIDADO

Os depoimentos das puérperas proporcionaram a identificação de quais práticas foram utilizadas por elas, enquanto parturientes, no intuito de acelerar o processo de parto e nascimento.

*“Tomei chá. Chá de cidreira porque não saia. Me deram aqui no hospital, porque minha placenta tava grudada.” (Indira)*

*“Eu usei só antes de vir, que eu já tava começando a ter dor. E daí tomei chá de mangaratáia. Aprendi com a família mesmo. Eu acho que ajuda..” (Aiyra)*

*“Chá do capim cheiroso, capim santo, aumentou mais a dores. Tomei chá de cidreira e café amargo. Não melhorou nada. Tomei em casa.” (Moema)*

Entre a aplicação das práticas culturais, o uso de plantas é relatado desde o início das civilizações e vem se permeando de gerações a gerações. Seu uso possui extrema importância entre as sociedades, pois o uso de plantas é visto como grande potencializador terapêutico. Historicamente esta prática tem registros de relação com práticas femininas, perpassadas por familiares, o que expressa estreita relação entre as mulheres e as plantas (BADKE et al., 2012).

O uso de plantas, além de ser bem aceito na sociedade, exerce finalidades comprovadas cientificamente na prevenção e tratamento de inúmeras doenças. Portanto, é necessário que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros conheçam os efeitos positivos e negativos deste recurso, associando o cuidado biomédico ao cuidado popular e cultural (BADKE et al., 2012) .

Ainda neste ponto, Rangel e Bragança (2009) citam em seu estudo que as representações de gestantes sobre plantas medicinais revelou o uso de 39 vegetais, incluindo a erva cidreira, utilizada 133 vezes (79,5%), seguida de erva doce, boldo e camomila. Tais plantas são comuns e de fácil acesso na rotina das famílias para o cuidado em saúde. Além da erva cidreira, o capim santo e cheiroso também foi citado no estudo, com propriedades favoráveis a saúde da gestante.

#### 6.3.4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

De acordo com os relatos das participantes, houve predominância de intervenções desnecessárias no parto normal, a prevalência da posição ginecológica, o uso rotineiro de ocitocina, amniotomia, episiotomia e manobra de Kristeller.

Tais medidas não são recomendadas pela OMS (2018), onde quando aplicadas tendem a causar desconforto e dor à parturiente. Em relação à oferta de líquidos, as entrevistas referiram ter sido ofertado somente água. Quanto aos métodos não farmacológicos para o alívio da dor, estes não foram ofertados, pois como citado neste estudo o banheiro do hospital não dispõe de água morna. Além disso, durante o período de observação na coleta de dados, não foi identificado o preenchimento do partograma e o contato pele a pele não foi registrado em nenhum parto observado.

Zanardo (2017) afirma que as mulheres são vítimas de violência por diversas décadas e maneiras. Em definição, a violência é todo ato que gere repercussões negativas como sofrimento e dor, ou qualquer outra mazela física, emocional ou social. Casos de violência obstétrica foram mencionados pelas participantes, como se observa nas falas: apagar

*“Falavam que gritamos muito e que no outro ano estaríamos de volta.” (Jaci)*

*“Na hora da costura depois do parto, costuraram assim mesmo a sangue frio e falavam pra mim não gritar e aguentar a dor.” (Iara)*

Conforme evidenciam Sena e Tesser (2016), a violência obstétrica é entendida como: a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não utilização de medicação analgésica quando recomendada), até o abuso sexual. Além disso, o uso inadequado de tecnologias, intervenções e procedimentos desnecessários frente às evidências científicas podem ser considerados como práticas violentas.

Marcada por vários cenários, a violência contra a mulher causa grande impacto em seu cotidiano, levando inclusive a problemas psíquicos e embora possua esta grande extensão de prejuízos a saúde, a violência possui pouca visibilidade nos serviços, onde os profissionais não reconhecem o exercício dessa prática (BARBOZA; MOTA 2016).

O descaso e o desrespeito com as gestantes na assistência ao parto, tanto no setor público quanto no setor privado de saúde, têm sido cada vez mais divulgado pela imprensa e pelas redes sociais. No Brasil, procedimentos como a episiotomia, corte que envolve vários tecidos importantes do aparelho reprodutor feminino são responsáveis pela contenção urinária e fecal, e ainda continuam sendo realizados sem o consentimento da paciente, que não é informada dos riscos nem da necessidade ou dos efeitos adversos. Tais práticas médicas apresentam incongruência com os preceitos que propõe a Medicina Baseada em Evidências (ZANARDO et al., 2017).

Barboza e Mota (2016), destacam que embora silenciosa, a violência obstétrica naturalizada ou reproduzida no cotidiano das maternidades, dificulta e traumatiza mulheres.

Achados na literatura mencionam que associada à violência física no ambiente de cuidado, há a negligência dos profissionais, discriminações e violência

verbal sofrida pela mulher (SENA; TESSER; 2016). Todas estas formas de violência foram identificadas no presente estudo.

*“O médico me atendeu, mas quanto mais escândalo você faz em decorrência das contrações, eles te deixam de lado.” (Jacira)*  
*“Não tive a atenção necessária, passei três dias com fortes dores e os profissionais nem ligaram, falavam que eram apenas procedimentos normais, só vinham e me olhavam da porta e me chamava de mole, eu chorava de dor e eles nem ligavam, eu sofri naquele hospital.” (Naiara).*

Considerando a gravidade da violência obstétrica e visando reduzir as ocorrências, o PHPN foi estabelecido através da Portaria nº 569 de 1º de junho de 2000, com intuito de minimizar os agravos que contribuem para a ocorrência de morbimortalidade materna e neonatal, onde as medidas preconizadas devem ser aplicadas desde a captação da gestante até a conclusão do puerpério (BRASIL, 2002).

Avaliando a perspectiva de Leininger partimos para os achados da assistência hospitalar no processo de parto e nascimento na perspectiva dos profissionais de saúde.

Foi observado que a parturiente não tem oportunidade de tomar decisão sobre a posição de parir sendo imposta a posição ginecológica devido à restrição da estrutura limitada. Em outros momentos, foram identificadas algumas formas de violência obstétrica.

Ressalta-se que de acordo com o embasamento metodológico utilizado neste estudo, as padronizações são ações que direcionam as decisões profissionais relacionadas à assistência, dando suporte ou capacitação necessária para tal. Visam identificar o estilo de vida dos clientes e os padrões de cuidado diferenciado que utilizam, na finalidade de promover hábitos de vida saudáveis, resguardando os valores, culturas e crenças de cada etnia.

Nesse sentido, considera-se que para melhoria da qualidade da assistência e o exercício do cuidado culturalmente coerente, a prática supracitada que foi identificada na maternidade necessita ser repadronizada.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo, pautou-se basicamente na reflexão da subjetividade do cuidar no processo de parto e nascimento, considerando a diversidade de crenças e culturas das mulheres, observando ainda a valorização do cuidado culturalmente congruente na Maternidade do Município de Tefé -AM.

É notório que o fatores tecnológicos, religiosos e filosóficos, de companherismo e sociais, culturais e modos de vida, políticos e legais, econômicos e educacionais que permeiam a mulher, influenciam diretamente na assistência ao processo de parto e nascimento, pois um fator está ligado a outro e este é um fato que ocorre de forma genérica, na maioria das localidades brasileiras.

Entretanto, quando se fala de atenção à saúde da mulher, em especial ao parto e nascimento, é necessário observar os aspectos culturais que estão presentes em cada região, na localidade onde se está prestando atendimento. Nesta perspectiva, no Município de Tefé-AM, onde desenvolveu-se este estudo, percebeu-se que os profissionais envolvidos na assistência ao parto e nascimento, de forma geral, não preconizam os fatores culturais de suas pacientes, em detrimento de seus conhecimentos adquiridos na academia, dos recursos tecnológicos e medicamentos disponíveis para o uso. Esta constatação afirmou-se tanto pela ótica do profissional, como na visão da parturiente e pela observação da pesquisadora.

Diante dos dados coletados e achados na literatura, é possível mensurar o quanto as práticas assistenciais são importantes no momento do parto e de que forma o laço cultural pode fortalecer este momento, tanto para a parturiente quanto para o profissional.

Na cidade de Tefé-AM, o aspecto cultural é muito forte e abarca uma série de comportamentos peculiares daquele lugar, como por exemplo, ainda se pode encontrar mulheres que vivenciam o parto domiciliar, acompanhadas por parteiras. Quando vão parir em uma maternidade, as mulheres saem de seu domicílio com a expectativa de um parto vaginal, esperando serem atendidas com práticas comuns a elas, mas infelizmente esta não é a realidade.

Dentre as várias constatações reveladas por este estudo, ficou evidente que as estruturas físicas da maternidade não são adequadas, os equipamentos são

precários, a equipe de profissionais não é suficiente e estes recursos são fundamentais para realizar um atendimento de qualidade.

Além disso, as práticas desenvolvidas pelos profissionais, não levam em consideração o aspecto cultural, como já mencionado, cabendo citar que no início do trabalho de parto, enquanto estão em casa, as mulheres fazem uso de chás e esta prática comumente utilizada por elas em nada afetaria o trabalho de parto, se aplicada no ambiente hospitalar e sim quando exercida pelos profissionais seria contribuinte com a prática de cuidado culturalmente congruente, visto que evidências científicas revelaram a eficácia de algumas ervas como facilitadoras do trabalho de parto.

Ainda durante o estudo, foi possível identificar casos de Violência Obstétrica nas práticas assistenciais, conforme relatado pelas depoentes. Acredita-se que tais práticas são decorrentes da falta de organização do processo de trabalho, pois em muitos casos, o profissional não está preparado para assistir a partos eutócitos e tampouco capacitados no sentido de discutirem melhorias para oferecer à mulher uma assistência humanizada e de qualidade no processo de parto e nascimento.

Neste sentido, entende-se que a preservação, acomodação e repadronização dos cuidados são úteis para um processo que seja culturalmente benéfico às mulheres atendidas no universo da maternidade. Ademais, os recursos estruturais, bem como o parto sem distócia assistido por enfermeiros obstetras precisam urgentemente ser repadronizados em algumas localidades específicas do Amazonas, a fim de acolher com qualidade as mulheres que necessitem deste tipo de atendimento.

Um ponto positivo observado foi o de que existem práticas que beneficiam as mulheres e permitem uma melhor atuação dos profissionais, como por exemplo a inserção do DIU logo após o parto, com consentimento da mulher, o que já é preconizado pelo Ministério da Saúde, além da realização de capacitações. Contudo a educação em serviço precisa se manter como prática rotineira de forma a padronizar as práticas assistenciais e informar as atualizações sobre tais. Esta medida pode favorecer a redução da violência contra a mulher no ambiente de cuidado e conseqüentemente aumentar a qualidade dos serviços e o bem-estar das parturientes.

Diante disto, a teoria do cuidado cultural de Leininger pode servir de norte para que esta sugestão seja concretizada, através de decisões, ações e avaliações

constantes dos cuidados de enfermagem. Recomenda-se ainda a ampliação deste tipo de estudo, pois entende-se que eles colaboram com a melhoria da assistência obstétrica e pode abrir caminhos para implementação da teoria estudada, que facilita a compreensão holística e integral das mulheres no momento mais importante e marcante de suas vidas, o parto e nascimento.

## REFERÊNCIAS

ANTONINI, F.O. et al. Enfermagem e Cultura: Características das teses e dissertações produzidas na Pós-Graduação da Enfermagem Brasileira. **Rev Enferm UFSM**.v.4, n.1, p.163-171, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/9724/pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2019.

BACKES D.Boas praticas de atencao ao parto e ao nascimentona perspectiva de profissionais de saúde. Rev Bras Enferm [Internet].v.71(supl 3), p.393-9, 2018.

BADKE M. R. El al. Saberes e práticas populares de cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Abr-Jun; 21(2): 363-70. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a14v21n2.pdf>>. Acesso em 27 mar. 2019

BARBOZA, L.P; MOTA, A. Violência Obstétrica: Vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**. Salvador. v.5, n.1, p. 119-129, 2016. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/847/598>. Acesso em: 18 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Humanização do parto: humanização do pré-natal e nascimento. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 382, de 10 de março de 2005. Diário Oficial da União. Brasília. 04 de set. 2005. Disponível em: <[https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-382-2005\\_192166.html](https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-382-2005_192166.html)>. Acesso em: 10 fev. 2018.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 abr. 2005. Disponível em:< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm) >. Acesso em 22 abr. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Manual prático para implementação da rede cegonha**. Brasília, DF. 2011. Disponível em: < <http://anr-dpn.vjf.cnrs.fr/sites/default/files/rede-cegonha%20manuel%20copie.pdf> >. Acesso em: 14 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.459. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 18 abr. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 20 abr. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia / Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_obstetricia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia.pdf)>. Acesso em: 19 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Brasília: DF, 2017. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)>. Acesso em 20 abr. 2019

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. Regulamentar o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências. Disponível em:<<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>>. Acesso em 20 abr. 2019

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 516, de 23 de junho de 2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial [do] Brasília, 27 de jun. 2016. Disponível em:< [http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/23066874/do1-2016-06-27-resolucao-n-516-de-23-de-junho-de-2016-23066793](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/23066874/do1-2016-06-27-resolucao-n-516-de-23-de-junho-de-2016-23066793)>. Acesso em 21 abr. 2019

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 543. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Diário Oficial [do] Brasília, 18 abr. 2017. Disponível em: <[http://www.lex.com.br/legis/27409743\\_RESOLUCAO\\_N\\_543\\_DE\\_18\\_DE\\_ABRIL\\_DE\\_2017.aspx](http://www.lex.com.br/legis/27409743_RESOLUCAO_N_543_DE_18_DE_ABRIL_DE_2017.aspx)>. Acesso em 23 de jun.2018.

CAMARGO, F.C.M. et al. A aplicabilidade da teoria do cuidado cultural por enfermeiras nos periódicos de saúde do Brasil (1992–2011). **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online** v. 6, n. 4, 2014. Disponível em:< [https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/54544/ssoar-revpesquisa-2014-4-camargo\\_et\\_al-The\\_applicability\\_of\\_the\\_theory.pdf?sequence=1](https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/54544/ssoar-revpesquisa-2014-4-camargo_et_al-The_applicability_of_the_theory.pdf?sequence=1)>. Acesso em 20 abr. 2019

CARPINTEIRA, S. F. P. et al. Os modelos teóricos nos serviços de enfermagem na visão dos enfermeiros da assistência: um estudo exploratório. ACC CIETNA. v. 2, n. 2, p. 5-19, 2014. Disponível em:< <http://repositorio.usat.edu.pe/bitstream/usat/50/4/Acc%20Cietna%20Vol2%20N%c2%b01%20P7.pdf>>. Acesso em 20 mai. 2019

COUTINHO, E et al. Contributos da Preparação para o Parto na Perceção de Cuidados Culturais. **Millenium**, 47 (jun/dez). P. 21-32, 2014. Disponível em:< <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/3.pdf>>. Acesso em 24 abr. 2019

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011. p.181-199 . **Online**: disponível em [www.ims.uerj.br/ccaps..](http://www.ims.uerj.br/ccaps..) Acesso em 27 abr. 2019.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment. In: Explorations in quality assessment and monitoring.** Michigan: Health Administration Press. 1980

FREITAS, G. L. et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**.v.11, p.2, p.424-8, 2009. Disponível em:< <https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em 20 jun. 2019

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo.** Tradução de Márcia Sá Cavalcante Schuback. 9. Ed. Petrópolis: Vozes, 2014. 600p.

LEININGER, M. M.; FARLAND, M. R. **Culture care diversity and universality – a worldwide nursing theory.** 2º Ed. New York: Jones and Bartlett Publishers, Inc., 2006.

MENEZES, L. C. C. **Análise de Causa Raiz e Análise Modal de Falhas e Efeitos em Unidades de Terapia Intensiva: Uma Revisão Sistemática**. [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2016. Disponível em:<

[https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/21932/1/LuziaClaraCunhaDeMenezes\\_DISSERT.pdf](https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/21932/1/LuziaClaraCunhaDeMenezes_DISSERT.pdf)>. Acesso em 20 jul. 2019

MÜLLER, C P; ARAUJO, V E; BONILHA, A. L. L. Possibilidade de inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de humanização na atenção à saúde. **Revista Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 03, p. 858 – 865, 2007. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a24.htm>. Acesso em 12 de mai. de 2019.

ORIÁ, M O B; XIMENES, L B; PAGLIUCA, L M F. Sunrise Model: análise a partir da perspectiva de Afaf Meleis. *Rev. enferm. UERJ*, v. 15, n. 1, p. 130-135, 2007. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/242131853\\_SUNRISE\\_MODEL\\_ANALISE\\_A\\_PARTIR\\_DA\\_PERSPECTIVA\\_DE\\_AFAF\\_MELEIS](https://www.researchgate.net/publication/242131853_SUNRISE_MODEL_ANALISE_A_PARTIR_DA_PERSPECTIVA_DE_AFAF_MELEIS)>. Acesso em 05 de Jun. de 2019.

OLIVEIRA, F.A.M. Avaliação da atenção perinatal em maternidades de risco habitual em município do sul. 2015. [Tese]. Universidade Federal do Paraná. 163 fls. 2015.

OMS, Organização Mundial de Saúde. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Genebra: WHO; 2018.

RAMOS, W.M.A; AGUIAR, B.G.C; CONRAD, D; PINTO, C.B; MUSSUMECIS, P.A. Contribuição da enfermeira obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. *J. res.: fundam. care*. v.10, n.1, p.173-179, 2018.

RANGEL, M.; BRAGANÇA, F.C.R. Representações de gestantes sobre o uso de plantas medicinais. *Rev. Bras. Pl. Med.*, Botucatu, v.11, n.1, p.100-109, 2009.

REIS, A.T; SANTOS, R.S; JUNIOR, P.A. O cuidado à mulher na contemporaneidade: Reflexões teóricas para o exercício da enfermagem transcultural. *Rev.Min.Enfermagem*, v.16, n.1, p.129-135, 2012.

ROMÃO, R.S; FUZISSAKI, M, A; PRUDENCIO, P.S; FREITAS, E.A.M. Qualidade da assistência obstétrica relacionada ao parto por via vaginal: estudo transversal. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v.8/2907, 2018.

PEREIRA, S.B; DIAZ, C.M.G; BACKES, M.T.S; FERREIRA, C.L.L; STEINS

PRECIADO, M. M. et al. Enfermería cultural: para cuidar entiempos complejos. Cultura de los cuidados, n. 51, p. 7-10, 2018. Disponível em: <[https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/77589/1/CultCuid\\_51\\_01.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/77589/1/CultCuid_51_01.pdf)>. Acesso em 05 de Jun. de 2019.

SENA, L.M; TESSER, C.D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: Relato de experiência. Comunicação Saúde Educação. v,21, n.60, p.209 – 30, 2017.

SEMSA TEFÉ. Plano Plurianual – PPA 2014 – 2017 – Secretaria Municipal de Saúde de Tefé. 2014.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. di G. do. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad. Saúde Pública, v, 20, n.5, p.1281-1289, 2004.

SUSUKI, L.K. Práticas populares utilizadas por gestantes de alto risco: Existe suporte na literatura sobre essas práticas. 118 fls. (Dissertação). UFCAR, 2013.

TOTES, N.A; SEIDLL, E.M.F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. Temas em Psicologia.v. 24, n. 2, p. 681-693, 2016.

VILELAS, J M S; JANEIRO, S I D. Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. Revista Mineira de Enfermagem, v. 16, n. 1, p. 120-127, 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/509>>. Acesso em 05 de Jun. de 2019.

ZANARDO, G. L. P; CALDERÓN, M., NADAL, A. H. R; HABIGZANG, L. F. Violência obstétrica no Brasil: Uma revisão narrativa. Psicologia & Sociedade. 2017.



MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface*, Botucatu, v.16, n.40, p. 107-120, 2012.

NARCHI, N. Z, CRUZ, E.F, GONÇALVES, R. O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. v. 18, n. 4, p. 1059-1068, 2013.



# APÊNDICES

### **ApêndiceA – Instrumento de Coleta de Dados para Entrevista – Roteiro para os Gestores**

1. Qual a missão, valores e filosofia que direcionam a unidade de saúde em relação à assistência obstétrica?
  - Qual o seu tempo de atuação na maternidade? Conhece a Política de Saúde da Mulher?
  - Conhece os protocolos de cuidados durante o parto e nascimento?
  - Durante sua gestão participou de algum curso, discussão, capacitação ou orientação sobre o assunto? Se Sim, quantas vezes ?
  - Conseguiu implementar essa atualização na maternidade? Se não por quê?
  
2. Em sua opinião, no que tange a assistência obstétrica, você acredita que há necessidade de ajuste? Por quê?
  - Diga-nos as maiores dificuldades e fragilidades que a gestão enfrenta neste processo?
  - Pode nos citar as potencialidades e pontos positivos ? Ou mudanças alcançadas?
  
3. Você considera o recurso existente suficiente para custear a assistência ao parto e nascimento a demanda existente?

### ApêndiceB – Questionário de Caracterização Profissional

Qual é o seu sexo?	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Qual é a sua idade?	
Qual é a sua profissão?	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> Parteira
Qual seu tempo de formado?	<input type="checkbox"/> 1 ano <input type="checkbox"/> 5 anos <input type="checkbox"/> 10 anos ou +
Que tipo de instituição você estudou?	<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada
Você possui pós-graduação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Qual é o seu tipo de pós-graduação?	<input type="checkbox"/> <i>Latu senso</i> especialização <input type="checkbox"/> <i>Strictu senso</i> : <input type="checkbox"/> residência <input type="checkbox"/> mestrado <input type="checkbox"/> doutorado
Você tem especialização (pós-graduação) relacionada à Ginecologia-Obstetrícia?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se resposta for não qual seria a outra área?
Qual a carga horaria da especialização?	
Você realizou prática de acompanhamento de parto na especialização? Se sim, quantos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, Se sim, quantos partos supervisionados?
Quanto tempo de experiência na sua profissão?	<input type="checkbox"/> 01 ano <input type="checkbox"/> 05 anos <input type="checkbox"/> até 10 anos <input type="checkbox"/> 10 anos ou mais
Participação em capacitação relacionada à Ginecologia-Obstetrícia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, Caso sim informar o ano:
Que tipo de capacitação você realizou entre julho de 2017 a julho 2018	<input type="checkbox"/> cursos de curta e média duração (até 60 h), <input type="checkbox"/> capacitação em serviço (até 100 h), <input type="checkbox"/> eventos (congressos, seminários, fóruns, entre outros)
Você acredita que essas capacitações trouxeram mudança na sua prática profissional?	<input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> pouco, <input type="checkbox"/> muito, <input type="checkbox"/> extremamente
Qual sua carga horária semanal no serviço?	<input type="checkbox"/> 30 h <input type="checkbox"/> 40 h <input type="checkbox"/> 60 h <input type="checkbox"/> 120 ou +
Neste serviço realiza plantões de quantas horas?	<input type="checkbox"/> 12 h <input type="checkbox"/> 24 h <input type="checkbox"/> 36 h <input type="checkbox"/> 72 ou +
Quantos plantões dessa carga horária você realiza por mês?	
Qual é o seu vínculo com a Instituição?	<input type="checkbox"/> Concursado <input type="checkbox"/> Contratado via prefeitura <input type="checkbox"/> Contrato via cooperativa
A instituição que você trabalha oferece educação permanente ou cursos de capacitação? Se sim, quais?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

### ApêndiceC – Questionário de Caracterização Profissional

1. Há quanto tempo você atua na assistência obstétrica?
  - Sabe dizer quais mudanças houve na maternidade durante sua atuação?
  - Você conhece o significado do cuidado congruente?
  - Na sua opinião o que seria o cuidado congruente?
  - Sabe nos dizer se ocorre ou há frequência das práticas populares realizadas por parturientes? E como você vê essas práticas?
2. O município oferece educação permanente? Se sim, com que frequência?
  - Quais cursos já participou?
  - Após a participação nos cursos vocês enquanto profissionais praticam educação em saúde na maternidade?
3. Você participa dos cursos oferecidos? Se não, por quê?
4. Na sua rotina de trabalho, vocês discutem sobre as atuais evidências científicas?
  - A maternidade possui agenda ou cronograma para discussão de casos clínicos? Ou melhoria da assistência?
  - Os dados mensais de partos e nascimentos e comorbidades apresentados e divulgado pela vigilância epidemiológica hospitalar?
  - Existe algum boletim epidemiológico mensal, trimestral ou semestral com essas informações repassadas para a atenção básica?
  - Você sabe dizer como ocorre o fluxo de comunicação entre a maternidade e as unidades básicas para melhorar a assistência no período gravídico puerperal?
5. Quais as dificuldades que você encontra para prestar assistência obstétrica?
  - Você pode listar os que considera mais relevantes e que interferem na assistência.
6. Em sua opinião, o que é necessário para que a assistência obstétrica possa ser adequada?

## ApêndiceD – Caracterização e Roteiro para Entrevista das Parturientes

**NOME:** \_\_\_\_\_ (iniciais) **Idade:** \_\_\_\_\_  
**Estado Civil:** \_\_\_\_\_ **Escolaridade** \_\_\_\_\_  
**Procedência:** \_\_\_\_\_ (Area rural ou urbana)  
**IG** \_\_\_\_\_ **Nº de Consultas Pré-natal** \_\_\_\_\_  
**Nº de Gestações:** \_\_\_\_\_ **Tipo de parto** \_\_\_\_\_

1. Fale sobre sua experiência sobre seu parto.
  - A Sra. já teve outros partos? E como foram?
  - A Sra. Tem conhecimentos dos tipos de parto?
  - A Sra. consegue descrever em que momento e porque buscou a maternidade? Teve sinais de parto? Quais Foram?
  - Durante seu parto atual vivenciou alguma experiencia que considera negativa ou positiva para o nascimento do seu filho?
2. Em algum momento a senhora sentiu necessidade de utilizar algo para acelerar o trabalho de parto ou aliviar sua dor?
  - Após dar entrada na maternidade ou durante sua permanência no ambiente, fez alguma atividade ou uso de algum recurso para alívio da dor? Esse recurso foi sob orientação profissional? Ou por iniciativa pessoal sua/familiar?
  - Se teve pode nos descrever quais foram? E como os utilizou? Tempo?
  - Após uso percebeu melhora das dores ou aceleração do trabalho de parto?
3. A assistência que a senhora recebeu, correspondeu sua expectativa?
  - Como a Sra. Descreve a abordagem e acolhimento profissional que recebeu durante seu parto e nascimento do seu filho?
  - Quais Profissionais de saúde prestaram assistência a senhora neste processo?
  - Diga como foi o cuidado médico com a senhora? O que ele fez? Qual conduta ou participação em seu parto?
  - Diga como foi o cuidado do técnico de enfermagem com a senhora? O que ele fez? Qual conduta ou participação em seu parto?
  - Diga como foi o cuidado do enfermeiro com a senhora? O que ele fez? Qual conduta ou participação em seu parto?

### ApêndiceE – CheckList Estrutural, Equipamento e Financeiro

Ambiente	Sim	Não
A Infraestrutura está destinada especificamente a assistência ao parto?		x
Possui sala de Registro e recepção para acolhimento da parturiente e seu acompanhante?		x
Possui sala de exames e admissão de parturientes?	X	
Possui sanitário anexo à sala de exames?		x
Dispõe de quartos PPP?		x
Possui banheiro anexo ao quarto PPP?		x
Possui área para deambulação (interna e/ou externa)?	X	
Possui varanda /solário?		x
Possui posto de enfermagem?	X	
Ambiente de apoio	Sim	Não
Possui quarto de plantão para funcionários;	X	
Possui banheiros anexo ao quarto de plantão (masculino e feminino);	X	
Possui rouparia (não necessariamente se constitui em um ambiente);		x
Equipamentos mínimos do CPN	Sim	Não
Estetoscópio Clínico	X	
Esfigmomanômetro	X	
Fitamétrica	X	
Estetoscópio sonar		
Amnioscópio		x
Mesa auxiliar	X	
Foco de luz móvel	X	
Instrumental para exame ginecológico incluindo espéculo vaginal e pica de Cheron.	X	
Barra fixa ou escada de Ling	X	
Bola de Bobat( x ), cavalinho e banquinho	X	x
Banheira ou piscina para o trabalho de parto/parto		x
Instrumental para parto normal com clampeador de cordão.	X	
Balança para recém-nascido	X	
Oxímetro de pulso		x
Berço aquecido para reanimação com fonte de calor radiante	X	
Berço de acrílico.	X	
Equipamentos e Materiais Opcionais do Centro de Parto Normal.	Sim	Não
Cardiotocógrafo		x
Camas PPP		x
Mesa de cabeceira		x
Equipamento áudio-visual		x
Colchão de 1,28m x 1,88m, D33 revestido com material lavável para quarto PPP		x
Arco de suporte (acoplável e removível na cama de alvenaria) que possibilite a adoção da posição de cócoras pela mulher		x
Banheira ou piscina para o trabalho de parto/parto		x
Relógio de parede com marcador de segundos, 01 (um) por quarto PPP		x
Plástico protetor para evitar perda de calor		x
Possui fonte de oxigênio	X	
Financiamento		
5.1 Recebeu incentivo financeiro de custeio para reforma de área física		x
5.2 Recebeu incentivo financeiro de investimento para ampliação de área física		x



5.3 Recebeu incentivo financeiro de investimento para aquisição de equipamentos e materiais permanentes a serem utilizados no CPN		x
5.4 Recebe incentivo financeiro de custeio mensal para funcionamento de CPN		x
5.5 Recebe incentivo financeiro no ultimo ano do governo federal para manutenção da maternidade		x
5.6 Recebe incentivo financeiro no ultimo ano do governo estadual para manutenção da maternidade		x
5.7 Recebe incentivo financeiro no ultimo ano do governo municipal para manutenção da maternidade		x

### ApêndiceF – Participação com Observações Continuadas

Aspecto		Anotações
1	Estrutura física adequada para o processo de assistência obstétrica	Adaptada
2	Equipamentos necessários para o processo de assistência obstétrica	Dispõe de alguns
3	Equipamentos necessários para Centro de Parto Normal.	Não há todos
4	Ambientação necessária para assistência obstétrica	toda a instalação da maternidade foi improvisada,
5	Visão sobre recurso Financeiro por parte do gestor	há necessidade de ampliação dos recursos estruturais
6	Visão sobre recurso Financeiro por parte do profissional	Há necessidade de um aporte financeiro maior para a maternidade.
7	Carga horária de trabalho / serviço	enfermeiros média 13 plantões, os técnicos de enfermagem média de 14 plantões; os médicos trabalham 240 horas mês.
8	Tempo de cada profissional para realizar as suas atividades	é insuficiente para atender a necessidade
9	Vínculo empregatício	A maioria é terceirizado
10	Relacionamento entre equipe	De modo geral é bom

**Fonte:** Observação-Participação-Reflexão

### ApêndiceG – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar como voluntário de um estudo da sobre “Cuidado congruente no processo de parto e nascimento no município de Tefé – AM”, tendo como objetivo geral: Propor ações e decisões de cuidado culturalmente congruentes no processo de parto e nascimento no município de Tefé-AM; os objetivos específicos serão: Discutir fatores das dimensões da estrutura cultura e social que influenciam no padrão de cuidado ao parto e nascimento em Tefé – AM; Descrever conhecimento e prática popular do cuidado das parturientes no que tange ao processo de parto e nascimento; Descrever as práticas assistenciais, utilizadas por profissionais de saúde no processo de parto e nascimento e por fim Articular o intercâmbio de saberes populares e profissional para assistência ao parto e nascimento. Para coletar os dados será realizada entrevista com profissionais, gestores e parturientes. Caso concorde, a entrevista será gravada. Os riscos deste estudo serão mínimos, podendo o participante da pesquisa sentir constrangimento e desconforto ao responder as perguntas, com possibilidades de gerar ansiedade e dúvidas para respondê-las. Caso venha ocorrer, o (a) Sr.(a) poderá interromper a entrevista e solicitar sua saída. Sua participação é voluntária e o (a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa e não receberá nenhum dinheiro para participar deste estudo. Entretanto, caso ocorra algum dano decorrente a sua participação no estudo, o (a) Sr. (a) e/ou seu acompanhante serão indenizados (as) conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012, itens IV.3. h, IV.4.c, IV.5.c, d e V.7, que assegura seu direito a indenizações e cobertura material para reparação a possível dano causado pela pesquisa, de modo que o (a) Sr. (a) e o seu acompanhante serão acompanhados pela pesquisadora ao serviço de atendimento que responda ao problema ocorrido, sendo todos os gastos relacionados ao dano e a sua resolução de responsabilidade do projeto através da pesquisadora. Qualquer tipo de indenização será realizado em espécie. Esclarecemos que a qualquer momento o (a) Sr. (a) poderá recusar-se a participar da pesquisa ou retirar o seu consentimento de uso das informações coletadas, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa. Todas as informações coletadas serão guardadas em sigilo e todo o material será utilizado para publicação em eventos e/ou revistas científicas. Após o término do estudo, voltaremos e disponibilizaremos em mídia ou impresso, cópias dos artigos produzidos, bem como iremos apresentar os dados por meio de palestras. **Benefícios:** Esta pesquisa poderá trazer reflexão sobre a assistência prestada na cena do parto e nascimento, poderá contribuir com subsídios para um melhor direcionamento das ações e serviços na atenção prestada ao parto e nascimento. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo mantida em sigilo. Ressaltamos que uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará de posse das pesquisadoras e outro será entregue ao (a) Sr.(a). Para qualquer informação, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis: Layana de Souza Rebolças (pesquisadora) e Raquel Faria da Silva Lima (orientadora), no endereço; Rua Teresina, 495, Manaus-AM, Telefone (92) 98139-2853. Se o (a) Sr. (a) tiver perguntas com relação aos seus direitos como participantes do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética da Universidade Federal do Amazonas, na Escola de Enfermagem na sala 07, na rua Teresina, 495 - Adrianópolis – Manaus – AM, de segunda-feira a quinta-feira das 9h às 11:30h e a tarde, segunda-feira, terça-feira e quinta-feira das 14h às 16h, pelo telefone (92) 3305-1181 Ramal 2004 ou pelo e-

mail: cep@ufam.edu.br. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Solicitamos que, assine o consentimento pós-informação afirmando que compreendeu e está de acordo com os termos apresentados.

**Consentimento pós-informação:**

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ fui informado (a) sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração no estudo, compreendi o objetivo da pesquisa e quais procedimentos serão realizados. Confirmando também que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim e pela pesquisadora. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar desta pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisadora Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora Orientadora



Data: / /

# ANEXOS

## ANEXO A – Termo de Anuência



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE TEFÉ - HRT

### TERMO DE ANUÊNCIA

A Direção Geral do Hospital Regional de Tefé - HRT declara que tem ciência e autoriza o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado “**CUIDADO CONGRUENTE NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO NO MUNICIPIO DE TEFÉ – AM**”, cuja pesquisa esta está sendo elaborada pela Prof. Dra Raquel Faria da Silva Lima (pesquisadora responsável), vinculada a Escola de Enfermagem de Manaus, Universidade Federal do Amazonas.

Tefé – AM, 26 de Dezembro de 2018

*Marivone Nunes Barroso*  
Marivone Nunes Barroso  
Diretora do Hospital Regional de Tefé

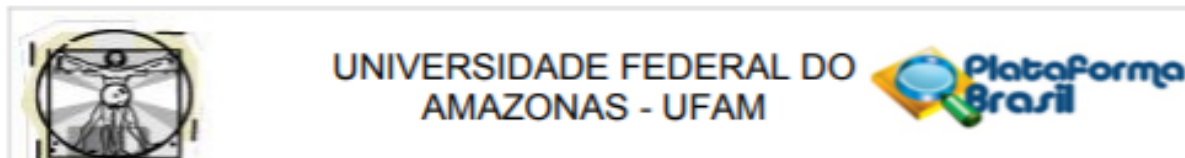
Marivone Nunes Barroso  
Direção Geral  
Portaria Nº 33.718

Estr. do Bexiga, 1251-1369, Tefé -  
AM, 69470-000. FONE: (97) 3343-  
3515 Tefé-AM.

Secretaria de Estado de Saúde  
HOSPITAL REGIONAL DE TEFÉ -  
HRT



## ANEXO B– Parecer Consubstanciado do CEP



Continuação do Parecer: 3.159.620

parto e nascimento. A coleta de dados ocorrerá entre os meses de fevereiro a abril de 2019, no Hospital Regional de Tefé, Amazonas. As respostas às perguntas abertas serão lidas e relidas exaustivamente e a partir disso serão construídas categorias, depois quantificadas e analisadas estatisticamente. O estudo ocorrerá após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. O termo de consentimento livre e esclarecido será assinado previamente à entrevista. Resultados esperados: Assim, consideramos este estudo de grande relevância para a concessão de subsídios à gestão da unidade hospitalar, à medida que possibilita a identificação de inadequações de ordem de estrutural, que influenciem na assistência ao parto e nascimento.

### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Propor ações e decisões de cuidado culturalmente congruentes no processo de parto e nascimento no município de Tefé-AM

Objetivo Secundário:

Discutir fatores das dimensões da estrutura cultura e social que influenciam no padrão de cuidado ao parto e nascimento em Tefé – AM; Descrever conhecimento e pratica popular do cuidado das parturientes no que tange ao processo de parto e nascimento; Descrever as praticas assistenciais, utilizadas por profissionais de saúde no processo de parto e nascimento; Articular o intercambio de saberes populares e profissional para assistência ao parto e nascimento.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Em conformidade com a resolução 466/12

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Em conformidade com a resolução 466/12

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O pesquisador atendeu o disposto no parecer 3.140.443 de 11 de fevereiro de 2019.

### **Recomendações:**

O pesquisador atendeu as pendências solicitadas

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O pesquisador atendeu o disposto no parecer 3.140.443 de 11 de fevereiro de 2019.

Verificar abaixo, em relação à pendência emitida em parecer anterior, respectiva do pesquisador e finalmente análise de sua resposta pelo CEP.

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Telefone: (92)3305-1181

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.159.620

1. Riscos: o texto descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) deve ter mantido de forma direta ao participante da pesquisa, modificando o texto no PROJETO, conforme solicitado anteriormente. Além disso, enumerar objetivamente os riscos identificados para esta pesquisa e indicar as medidas para minimizá-los. Evitar termos de "gradação" do risco (mínimo, pequeno, etc).

Resposta: Corrigido. Porém o pesquisador ainda o usou o termo gradação mínima:

**ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA**

2) Termo de Anuência: está direcionado a outro pesquisador que não confere com o pesquisador responsável na folha de rosto e nem com o PB, devendo constar no termo de anuência o pesquisador principal para realizar a pesquisa.

Resposta: Corrigido.

**ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA**

3) Cronograma: Readequar o Cronograma na resposta, assegurando que contato com os participantes somente ocorra após a aprovação do protocolo pelo Sistema CEP/CONEP.

Resposta: Corrigido.

**ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA**

Com base no exposto, a proposta está em conformidade com a Resolução 466/12 e apresenta adequação de todas as pendências apontadas na versão anterior, tendo portanto, a versão do projeto atual, o parecer de 'APROVADO'.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Telefone: (92)3305-1181

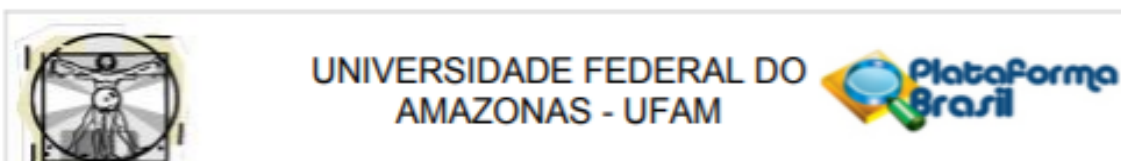
Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com







Continuação do Parecer: 3.159.620

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1264713.pdf	14/02/2019 19:59:03		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.doc	14/02/2019 19:58:31	LAYANA DE SOUZA REBOLCAS	Aceito
Outros	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO.docx	14/02/2019 19:41:35	LAYANA DE SOUZA REBOLCAS	Aceito
Outros	Carta_resposta_2.jpeg	13/02/2019 01:19:23	LAYANA DE SOUZA REBOLCAS	Aceito
Outros	Carta_resposta_1.jpeg	13/02/2019 01:18:48	LAYANA DE SOUZA REBOLCAS	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto.doc	13/02/2019 01:18:24	LAYANA DE SOUZA REBOLCAS	Aceito
Outros	anuencia.pdf	13/02/2019 01:02:25	LAYANA DE SOUZA REBOLCAS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	13/02/2019 01:01:56	LAYANA DE SOUZA REBOLCAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/02/2019 00:57:56	LAYANA DE SOUZA REBOLCAS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	30/11/2018 17:50:27	LAYANA DE SOUZA REBOLCAS	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	27/11/2018 11:21:43	LAYANA DE SOUZA REBOLCAS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MANAUS, 21 de Fevereiro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Eliana Maria Pereira da Fonseca**  
**(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Teresina, 495  
 Bairro: Adrianópolis  
 UF: AM Município: MANAUS  
 Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com